



Adriana Nunan do Nascimento Silva

**Homossexualidade e Discriminação:
o Preconceito Sexual Internalizado**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Bernardo Jablonski

Volume I

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2007



Adriana Nunan do Nascimento Silva

**Homossexualidade e Discriminação:
o Preconceito Sexual Internalizado**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Bernardo Jablonski

Volume II

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2007



Adriana Nunan do Nascimento Silva

**Homossexualidade e Discriminação: o
Preconceito Sexual Internalizado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Bernardo Jablonski
Orientador

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profa. Terezinha Féres-Carneiro

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profa. Mirian Goldenberg

Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – UFRJ

Prof. Peter Henry Fry

Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – UFRJ

Profa. Anna Paula Uziel

Instituto de Psicologia – UERJ

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2007

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Adriana Nunan do Nascimento Silva

Graduou-se em Psicologia na PUC-Rio em 1999, em duas habilitações: psicólogo e bacharel em psicologia. Cursou uma Especialização em Comunicação e Imagem em 2000 (Departamento de Comunicação, PUC-Rio) e concluiu o Mestrado em Psicologia Clínica (PUC-Rio) em 2001. Autora de diversos artigos acadêmicos, publicou em 2003 seu primeiro livro "Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo" (Rio de Janeiro: Editora Caravansarai). Trabalha em consultório particular como psicóloga clínica.

Ficha Catalográfica

Silva, Adriana Nunan do Nascimento

Homossexualidade e discriminação : o preconceito sexual internalizado / Adriana Nunan do Nascimento Silva ; orientador: Bernardo Jablonski. – 2007

2 v. ; 390 f. ; 30 cm

Tese (Doutorado em Psicologia)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Preconceito internalizado. 3. Homossexualidade. 4. Identidade gay. 5. Psicologia social. I. Jablonski, Bernardo. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Aos meus pais, Eunice e Ari, e ao meu segundo pai, Bernardo Jablonski.

Agradecimentos

Ao meu namorado, Luiz Eduardo, pelo amor e incentivo.

À minha avó Marília, meu irmão Rafael, e meu “filho de quatro patas” Hugo, pelo carinho.

Às professoras Terezinha Féres-Carneiro e Mirian Goldenberg, pelas valiosas sugestões durante a Qualificação desta tese.

À Lidia Levy Alvarenga pelo carinho, compreensão e paciência ao longo de todos estes anos.

À Fernanda Travassos-Rodriguez, pela amizade e valiosas trocas pessoais e profissionais.

À Eduardo Meckelburg, Gabriela Paranhos, Maria Luiza Soler e Paulo Bulus, pela ajuda em diferentes momentos desta pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, especialmente Marcelina, Vera, Chico e Val, pelo incansável apoio.

Aos funcionários do Setor de Referências da Biblioteca da PUC-Rio, pela inestimável ajuda na localização de artigos.

Ao CNPq, que através de sua bolsa tornou possível a realização deste trabalho.

Um profundo agradecimento a todos aqueles que se dispuseram a serem entrevistados para este trabalho. Sua compreensão e coragem de compartilharem suas vidas comigo fizeram com que esta tese se tornasse possível.

Resumo

Nunan, Adriana; Jablonski, Bernardo (Orientador). **Homossexualidade e Discriminação: o Preconceito Sexual Internalizado**. Rio de Janeiro, 2007. 390p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Apesar de nas últimas duas décadas termos presenciado o surgimento de uma vasta gama de estudos relacionados à homossexualidade, pouco foi produzido sobre o tema do preconceito sexual internalizado e sua relação com a formação da identidade do sujeito. Através de conceitos oriundos da Psicologia Social, esta tese visa proceder a uma investigação exploratória deste tipo específico de preconceito e sua correlação com sintomas clínicos tais como depressão e suicídio, transtornos alimentares, abuso de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, violência doméstica, e a busca por terapias de conversão da homossexualidade. Com este intuito, realizamos entrevistas em profundidade com homossexuais masculinos de classe média e moradores da cidade do Rio de Janeiro, avaliadas através da metodologia de análise do discurso. Dentre os resultados obtidos citamos as semelhanças encontradas entre os achados citados pelas bibliografias norte-americanas e européias sobre preconceito sexual internalizado e os dados colhidos entre nossos entrevistados brasileiros, principalmente no que diz respeito a depressão, dificuldades na conjugalidade homossexual (e.g. violência doméstica), experiências com preconceito e discriminação, e obstáculos similares no processo de aquisição de uma identidade gay positiva.

Palavras-chave

Preconceito internalizado; homossexualidade; identidade gay; psicologia social.

Abstract

Nunan, Adriana; Jablonski, Bernardo (Advisor). **Homosexuality and Discrimination: internalized prejudice in gay males**. Rio de Janeiro, 2007. 390p. D.Sc. Thesis – Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Despite the fact that in the last two decades we have witnessed the emergence of a series of studies on homosexuality, little research has been produced on the subject of internalized prejudice and its relationship to gay identity. Using Social Psychological concepts, this thesis is an exploratory investigation of this specific type of prejudice and its correlation with clinical symptoms such as depression and suicide, eating disorders, alcohol and drug abuse, high risk sexual behavior, domestic violence, and the search for conversion therapies. With this objective, we made in-depth interviews with male homosexuals that live in Rio de Janeiro, Brazil, with the material obtained being later examined using a discourse analysis methodology. Among our results we mention that North-American, European and Brazilian male homosexuals seem to experience internalized prejudice in a similar way, particularly with respect to depression, difficulties in gay male couples (domestic violence), experiences with prejudice and discrimination, and comparable obstacles in the process of acquiring a positive gay identity.

Keywords

Internalized prejudice; homosexuality; gay identity; social psychology.

Sumário

1. Introdução	10
2. Breve contextualização histórica do conceito de homossexualidade	17
3. Identidade homossexual	32
3.1. Identidade: aspectos gerais	34
3.2. Identidade homossexual	36
3.2.1. O processo de assumir a homossexualidade	41
3.2.2. A epidemia de AIDS e seu papel na visibilidade dos homossexuais masculinos	49
3.3. Identidade homossexual no Brasil e nas culturas latinas	53
4. Definindo o preconceito	57
4.1. Definições gerais	57
4.2. Estereótipo e rótulo	59
4.3. Possíveis causas e métodos de redução do preconceito	63
5. Estigma social e sua relação com a homossexualidade	68
6. O preconceito sexual contra homossexuais	74
7. O preconceito sexual internalizado por homossexuais e suas correlações	91
7.1. As terapias de conversão da homossexualidade	108
7.2. Saúde mental	164
7.2.1. Depressão, suicídio e ansiedade	164
7.2.2. Transtornos alimentares	171
7.2.3. Abuso de álcool e drogas	177
7.2.4. Comportamento sexual de risco: <i>barebacking</i> e <i>bug chasing</i>	182
7.3. Conjugalidade homossexual e violência doméstica	198
8. Estudo de campo	230
8.1. Metodologia	230
8.1.1. Sujeitos	230
8.1.2. Coleta dos dados	233
8.1.3. Análise dos dados	234
8.2. Resultados	235
9. Considerações finais	330
Referências bibliográficas	339
Anexo 1 – Termo de Consentimento para os Participantes da Pesquisa	388
Anexo 2 – Roteiro de Entrevista	389

Todo gay nasceu nessa mesma sociedade homofóbica, então a gente cresce ouvindo esse tipo de coisa, de que gay não presta, é pervertido, é uma deturpação, é filho do demo. As maiores asneiras, e obviamente isso também vai ser introjetado. Por mais que você lute contra isso tem uma coisinha ali atrás que fica, aquela sementinha foi plantada. (35 anos, tradutor)¹

Desde pequeno, quando eu ouvia falar de homossexual era sempre de maneira negativa. As primeiras palavras que ouvi como palavrão foram referenciadas na homossexualidade: viado, bicha, maricon, boiola. Então já fui crescendo com esse referencial de que ser gay era uma coisa ruim. (30 anos, militante homossexual)

Eu não aceitava de jeito nenhum, me incomodava muito... (40 anos, cabeleireiro)

¹Citações extraídas de entrevistas realizadas com homossexuais masculinos na cidade do Rio de Janeiro. Os trechos escolhidos se referem à categoria de preconceito sexual internalizado (Nunan, 2001).

Introdução

O estudo da homossexualidade tem sido particularmente intenso ao longo dos últimos 30 anos. Inicialmente dominado por antropólogos, este campo teórico extremamente fértil tem pouco a pouco incorporado perspectivas interdisciplinares que incluem as áreas de História, Sociologia, Comunicação, Serviço Social e Psicologia, dentre outras. O renovado interesse por este tema se deve ao fato de que a cultura homossexual no Ocidente tem sofrido mais mudanças neste período do que em qualquer outro momento histórico, acontecimentos estes que geraram para os homossexuais uma visibilidade com a qual o mundo moderno jamais teria sonhado (Parker, 1999).

Este aumento da visibilidade dos homossexuais fez com que um número cada vez maior de indivíduos procurasse atendimento psicoterápico com o intuito, não de mudar sua orientação sexual (deixar de *ser* homossexual), mas de integrá-la à sua personalidade como um todo (deixar de *sofrer* por ser homossexual). De acordo com diversos autores (e. g. Davies, 1996), o *preconceito sexual* (isto é, atitudes negativas direcionadas a um determinado indivíduo por causa de sua orientação sexual) se configura como um dos temas centrais no trabalho clínico com gays. O preconceito sexual pode ainda ser dividido em dois tipos: *institucionalizado* (no qual determinados indivíduos ou estruturas sociais discriminam os homossexuais) e *internalizado* (que surge quando o próprio sujeito teme, odeia e rejeita sua homossexualidade). Devido à estigmatização da homossexualidade na nossa sociedade, é provável que muitos gays entrem em conflito com relação a aspectos e conseqüências de sua orientação sexual. Medo de múltiplas perdas, tais como família, amigos e emprego, assim como uma maior vulnerabilidade à sofrer preconceito, discriminação e violência, podem contribuir para o receio de identificar-se como homossexual. Estes fatores têm sido considerados centrais no desconforto que muitos gays sentem em relação à sua sexualidade, fazendo com que estes procurem ajuda psicoterápica para resolverem seus conflitos.

Levando em consideração as discussões acima, assim como o fato de que o preconceito parece ser um dos aspectos centrais do trabalho clínico com homossexuais, esta tese tem por objetivo investigar o **preconceito sexual internalizado entre homossexuais masculinos** adultos da cidade do Rio de Janeiro. No que se refere à linha epistemológica, lançaremos mão de teorias vindas da Psicologia Social, particularmente aquelas relacionadas ao preconceito, estigma e identidade. Ressaltamos, ainda, que este estudo não é de natureza clínica, mas visa, a partir da Psicologia Social, oferecer elementos teóricos para subsidiar a prática clínica com clientes homossexuais.

No que se refere à relevância do tema, ressaltamos que não obstante o aumento no número de estudos sobre a homossexualidade, pesquisas que abordam o atendimento psicoterápico do indivíduo homossexual são escassas. Os cursos de graduação em Psicologia, por sua vez, raramente abordam as minorias² sexuais em sua estrutura curricular, ao passo que um número cada vez maior de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros procuram atendimento clínico (Neal & Davies, 1996). Apesar da orientação sexual *em si mesma* não estar correlacionada com saúde mental (DiPlacido, 1998; Herek, 1998), a experiência de conviver com uma identidade estigmatizada pode fazer com que os homossexuais apresentem índices de bem-estar psicológico mais baixos que os da população geral (Coyle, 1993), manifestando problemas emocionais específicos que não são compartilhados pelos heterossexuais. Desta forma, existe uma necessidade urgente de desenvolver pesquisas nesta área, contribuindo para uma prática clínica mais contextualizada e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida desta parcela da sociedade.

Antes de dar início ao nosso estudo, no entanto, torna-se necessário definir alguns dos conceitos que nortearão o trabalho. Em primeiro lugar, esta tese não visa discutir as *causas* da homossexualidade: esta orientação sexual será abordada como um fato consumado, que não precisa de justificação biológica, psicológica ou social. Em outras palavras, tal como sugerido por Trevisan (2000), pretendemos nos ater às vivências pessoais como dados inegáveis da realidade. Desta forma, o termo *homossexual* será utilizado aqui como significativo de

² Neste trabalho, o termo *minorias* se refere a grupos marcados por um status social, econômico ou político inferior, não existindo, necessariamente, uma relação entre este status e o tamanho numérico do grupo.

homens ou mulheres cuja orientação sexual e afetiva principal é para com pessoas de seu mesmo sexo biológico.

A definição acima, nos leva, por sua vez, a fazer uma distinção entre os diversos componentes (socialmente construídos) pelos quais classificamos a sexualidade humana: sexo biológico (ser *macho*, *fêmea* ou *intersexual* anátomo-fisiologicamente³), orientação sexual (atração por pessoas do sexo oposto ou do mesmo sexo biológico, isto é, ser *heterossexual*, *bissexual* ou *homossexual*), identidade de gênero (ser *mulher* ou *homem*) e papel de gênero (comportar-se de forma *feminina*, *masculina* ou *andrógina*). Albuquerque (1987) aponta ainda para o papel sexual, ou seja, o modo através do qual o indivíduo se insere na relação sexual (por exemplo, de forma *ativa* ou *passiva*). Segundo Moore e cols. (1999), o papel de gênero pode ser definido como uma série de características, comportamentos e interesses definidos por uma sociedade ou cultura como sendo apropriados para membros de cada sexo biológico. O papel de gênero que predomina para o homem é o de trabalhador, provedor, chefe da família e líder, atividades que requerem traços de personalidade considerados *masculinos*, tais como assertividade, confiança, racionalidade, seriedade, força, coragem e independência. A mulher deveria se responsabilizar pelo cuidado com os filhos, a casa e os relacionamentos familiares, pois possui traços *femininos* como dependência, cooperação, afetividade, sensibilidade e lealdade. Em outras palavras, na nossa cultura a masculinidade é construída em contraposição à feminilidade.

No caso da homossexualidade, a confusão entre papel de gênero e orientação sexual é grande: estereótipos freqüentemente mostram os homossexuais como indivíduos que se sentem desconfortáveis com suas identidades de gênero, querendo modificar seu sexo biológico. Como veremos adiante, imagens culturais do gay efeminado são comuns e acredita-se também que em seus relacionamentos, um homossexual faz o papel de *esposa* enquanto o outro atua como *marido*. Assim, ser taxado de homossexual é um rótulo aplicado

³Devemos lembrar que o conceito de *sexo biológico* na espécie humana não é unidimensional, existindo forte discordância acerca das características biológicas mais apropriadas para realizar a distinção sexual. “*Mesmo nas ciências médicas e na biologia temos níveis distintos de diferenciação sexual: os sexos cromossômico, gonadal, hormonal, anatômico e fisiológico, que determinam características diversas na constituição da estrutura dos aparelhos genital e reprodutivo.*” (Dantas, 1997: 32). Isto significa que mesmo as categorias supostamente “naturais” que escolhemos para classificar o sexo biológico de um indivíduo são socialmente construídas.

tanto à orientação sexual quanto ao gênero do indivíduo (Herek, 2000a). De acordo com alguns autores (Caplan, 1989; Peplau & Gordon, 1991) estes estereótipos surgem da assunção errônea de que os componentes da sexualidade humana são inseparáveis. Muitas pessoas acreditam que se um indivíduo difere da norma em um destes componentes, ele deve diferir também em todos os outros. No entanto, a maioria dos homossexuais masculinos não está confuso no que se refere à sua identidade de gênero: eles têm certeza de serem homens e poucos adotam um comportamento efeminado. Por outro lado, a adoção de um papel de gênero feminino pode ocorrer como parte da experiência inicial de assumir a orientação sexual. Assim, um homossexual masculino pode se vestir de forma efeminada com o objetivo de ser mais facilmente identificado como gay. Neste sentido podemos dizer que *“a tolerância para com a homossexualidade seria proveniente de uma mudança de representação dos sexos, não apenas de suas funções, de seus papéis a nível profissional e familiar, mas de suas imagens simbólicas.”* (Ariès, 1985: 80). Desta forma, assumir a homossexualidade ou adotar uma identidade gay, por exemplo, questiona os rígidos papéis de gênero e a hegemonia da masculinidade.

Devemos frisar também que este estudo se refere exclusivamente a homossexuais do sexo masculino, não pretendendo em momento algum investigar o universo das lésbicas. As lésbicas foram excluídas deste trabalho porque sua vivência pessoal está perpassada por questões distintas, principalmente relacionadas à identidade de gênero, e a compreensão do preconceito sexual internalizado por elas precisa ser abordada em uma pesquisa separada (Peterson & Gerrity, 2006; Rank, 2000; Szymanski & Chung, 2002, 2003). Se as fontes bibliográficas sobre a homossexualidade masculina são relativamente escassas, fontes sobre lésbicas são ainda mais raras (Greenberg, 1988). Os universos gay e lésbico se interseccionam às vezes (em algumas casas noturnas ou círculos sociais, por exemplo), mas permanecem bastante autônomos. Além disso, a relativa invisibilidade das lésbicas, em comparação com os gays, requer diferentes estratégias de pesquisa (Green, 1999). Por motivos similares também não abordaremos os subgrupos dos bissexuais e transgêneros (indivíduos que adotam identidades e papéis de gênero opostos aos culturalmente atribuídos a seu sexo biológico), visto que suas identidades e inserção social variam consideravelmente em relação aos homossexuais masculinos.

Por último, gostaríamos de fazer uma breve menção à escassez de estatísticas sobre homossexualidade e a conseqüente dificuldade de fazer pesquisas nesta área. Em termos gerais, de acordo com dados de algumas pesquisas (Kahan & Mulryan, 1995; Rogers & Turner, 1991; Small, 1996), acredita-se que entre 4% a 8% da população ocidental adulta (vivendo em grandes centros urbanos) seja homossexual. No Brasil, dados obtidos através do *Ministério da Saúde* (comunicação pessoal, 2005) indicam que 5,9% da população masculina com 15 anos ou mais é constituída por homossexuais, índice este semelhante ao encontrado em outros países. Estes dados, no entanto, precisam ser analisados com cautela, pois dentre as inúmeras pesquisas que estudam o número de indivíduos homossexuais na população geral, poucas são confiáveis. Primeiramente, devido ao preconceito e à estigmatização, muitos sujeitos não revelam sua verdadeira orientação sexual ou mentem sobre aspectos relacionados a ela, mesmo quando as respostas são anônimas. Neste caso, o número de homossexuais na população geral seria ainda maior. Em segundo lugar, os critérios para definir homossexualidade variam conforme o estudo. Por exemplo: aceita-se para efeitos sociais que homossexual é o indivíduo que se relaciona com membros de seu mesmo sexo biológico. Em alguns estudos, no entanto, também são considerados gays indivíduos que tiveram uma única experiência homossexual durante toda a vida ou que têm fantasias homossexuais. Por outro lado, muitos homens que se consideram heterossexuais já tiveram uma ou mais experiências homossexuais. Desta forma, a homossexualidade pode ser definida tanto pelo comportamento sexual do sujeito, pelos seus sentimentos de atração com relação a pessoas do mesmo sexo biológico ou por auto-identificação (o sujeito se auto-identifica como homossexual). Podemos dizer assim que as pesquisas acabam sendo prejudicadas, dentre outros motivos, pela falta de rigor dos termos científicos (Bhat e cols., 1996; Badgett, 1998). Agravando ainda mais a situação, tanto nos Estados Unidos como no Brasil, não existem pesquisas ou dados demográficos oficiais (isto é, obtidos através de um Censo nacional) sobre a população homossexual, o que faz com que qualquer informação sobre estes indivíduos seja necessariamente incompleta ou falha em algum aspecto.

Com relação à metodologia adotada faremos, na primeira parte da tese, uma extensa revisão bibliográfica de tópicos cujo estudo consideramos relevante para a compreensão do preconceito sexual internalizado por homossexuais

masculinos. Assim, iniciaremos nossa exposição teórica com uma *Breve Contextualização Histórica do Conceito de Homossexualidade* (capítulo 2), pois compreendemos esta orientação sexual como uma forma de subjetividade historicamente circunscrita em seu modo de expressão e reconhecimento. O capítulo sobre *Identidade Homossexual* (capítulo 3) visa tratar do que tem se convencionalizado chamar de identidade gay e de que modo sua aquisição influencia o fenômeno do preconceito sexual internalizado. Daremos ênfase ao processo de assunção da homossexualidade, ao papel da AIDS na visibilidade dos homossexuais, e às características particulares da identidade homossexual no Brasil e nas culturas latinas de um modo geral.

No capítulo seguinte, intitulado *Definindo o Preconceito* (capítulo 4), temos por objetivo outorgar definições gerais da Psicologia Social sobre este conceito, concentrando nossa atenção nos aspectos dos estereótipos, rótulos e possíveis causas e métodos de redução do preconceito. Os capítulos 5 e 6, respectivamente intitulados *Estigma Social e sua Relação com a Homossexualidade* e *O Preconceito Sexual Contra Homossexuais* estão intimamente ligados entre si e pretendem, em um primeiro momento, investigar o conceito de estigma tal como este é proposto por Goffman ([1963] 1988), relacionando-o com a homossexualidade. Posteriormente, definiremos o conceito de preconceito sexual, detendo-nos mais especificamente na forma em como ele afeta a vivência da homossexualidade.

O capítulo 7, cerne desta tese, visa analisar em profundidade o *Preconceito Sexual Internalizado por Homossexuais e suas Correlações* clínicas, correspondências estas estabelecidas por uma série de estudos distintos. Assim, investigaremos especificamente os temas das terapias de conversão da homossexualidade, depressão, suicídio e ansiedade, transtornos alimentares, abuso de álcool e drogas, comportamento sexual de risco (abordando sobretudo os fenômenos do *barebacking* e do *bug chasing*), finalizando com o estudo das particularidades da conjugalidade homossexual e da aparente correlação entre violência doméstica entre casais gays e preconceito sexual internalizado.

A segunda parte da tese (capítulo 8) constitui-se de uma pesquisa qualitativa realizada com homossexuais masculinos adultos, oriundos das camadas sócio-econômicas médias da zona sul carioca. Os dados levantados através de entrevistas em profundidade, individuais e semi-estruturadas, foram

posteriormente examinados através da metodologia de análise de discurso. Optamos por complementar a pesquisa bibliográfica com um *Estudo de Campo* devido ao fato da grande maioria das pesquisas sobre preconceito internalizado terem sido realizadas nos Estados Unidos e na Europa, ao passo em que, até o presente momento, tanto quanto se saiba, não existem estudos nacionais que investiguem a existência (ou não) deste fenômeno na população homossexual brasileira.

2

Breve Contextualização Histórica do Conceito de Homossexualidade

Quando Alfred Kinsey ([1948] 1998) publicou seu estudo clássico *Sexual Behavior in the Human Male* em 1948, sua tese era que os seres humanos variam sexualmente de uma maneira inclassificável: a variação é uma realidade da natureza e não um desvio em relação a uma norma estabelecida. Assim, os conceitos dos quais nos utilizamos para classificar indivíduos e coisas não são *realidades-em-si*, mas antes construções históricas. A *essência* é uma ilusão porque tudo depende do contexto, da prática. Desta forma, não existem fatos *em si*, mas só fatos sob determinadas descrições: cada fato tem a identidade que a descrição dá.

As pessoas do sexo masculino não são divididas em duas populações descontínuas: os heterossexuais, de um lado, e os homossexuais, de outro. O mundo não está dividido em bons e maus. (...) A natureza, como nos ensina este princípio da taxonomia, procede raramente por categorias descontínuas. Só o espírito humano inventa categorias e se esforça por fazer corresponder os fatos a escaninhos separados. O mundo do ser vivo é, integralmente, um *continuum* em seus menores aspectos. Quanto mais cedo compreendermos que este princípio rege o comportamento sexual do homem, mais cedo chegaremos a uma compreensão sadia das realidades do sexo. (Kinsey citado por Costa, 1995a: 14-15)

De acordo com Heilborn (1996), nenhum dos termos aplicados ao sujeito ou à sexualidade correspondem a *realidades permanentes*, fora do contexto histórico em que são definidos. Assim sendo, a *homossexualidade* não é uma essência que possa ser apreendida através de métodos científicos, filosóficos ou analíticos. A idéia de homossexualidade é historicamente datada, pois depende da noção de sexualidade, que é igualmente moderna (Foucault, [1976] 1999). Quando falamos de homossexualidade, devemos estar atentos para o fato de que este termo não designa uma realidade em si, mas uma coisa que é produto do vocabulário moral da modernidade: o conceito de *homossexual* é tão histórico e socialmente construído como qualquer outro termo.

Greenberg (1988), que partilha da visão acima, menciona que em oposição a esta argumentação encontram-se os teóricos *essencialistas*, afirmando que a homossexualidade é uma *realidade* trans-histórica e trans-cultural invariante. De acordo com este tipo de pensamento, em todas as sociedades humanas existiriam fatos que reconhecemos como sendo relações sexuais entre parceiros do mesmo sexo. Todas as sociedades construiriam heterossexualidades e homossexualidades, e pretender negar isto seria o mesmo que dizer que não sabemos distinguir entre pessoas de sexos diferentes. O problema com este tipo de concepção é acreditar que os gregos antigos ou povos de outras sociedades (tais como os *Sambia*, uma tribo da Nova Guiné), partilham nossas convicções morais, científicas, religiosas e estéticas sobre o que é sexo. É justamente a preocupação moderna com a homossexualidade que nos impulsiona a buscar uma essência do homossexual em realidades sócio-históricas completamente distintas da nossa. Assim, com relação à homossexualidade, vemos que termos como *sexo*, *sexualidade*, *heterossexual* e *homossexual*, não existem independentemente da linguagem que os criou. Não há como manter a idéia de uma homossexualidade natural e trans-histórica, com base no suposto imperativo biológico da divisão cromossômica de sexos, porque nossas crenças atuais sobre a *realidade* das diferenças de sexos foram construídas nos séculos XVIII e XIX.

Só a partir daquela época, tornou-se possível imaginar que os seres humanos são “natural e originariamente divididos em dois sexos”, e, então, dar sentido a termos como homossexualidade, heterossexualidade, “pessoas do mesmo sexo” e “pessoas do sexo oposto”. (Costa, 1995a: 18)

A *realidade* da homossexualidade não é auto-evidente, colocamos o *sexo* como fora da história, mas nada na *realidade* corresponde a ele. Assim, para Foucault ([1976] 1999), a palavra *sexo* agrupou, de forma artificial, elementos anatômicos, funções biológicas, condutas, sensações e prazeres. *Homossexualidade* e *heterossexualidade* seriam meras identidades sócio-culturais que condicionam nossas maneiras de viver, sentir, pensar, amar, sofrer etc., e não uma lei universal da diferença de sexos. Conseqüentemente, o homossexual não é alguém que existe ou sempre existiu independente do hábito cultural e descritivo que o criou. Desta forma, Costa (1992) propõe que os conceitos *homossexualidade* e *homossexualismo* sejam substituídos pelo termo

homoerotismo.⁴ Este autor emprega a palavra *homoerotismo* referindo-se à possibilidade que certos sujeitos têm de sentir diversos tipos de atração erótica ou de se relacionar fisicamente com outros do mesmo sexo biológico. Palavras como *homossexualidade* e, particularmente, *homossexualismo*, estariam carregadas de preconceito, pois remeteriam ao vocabulário científico-moral dos séculos XVIII e XIX que deu origem à idéia de *homossexual*. O conceito *homoerotismo*, por outro lado, seria uma noção mais flexível e que descreveria melhor a pluralidade das práticas ou desejos de determinados sujeitos. Assim sendo, excluiria qualquer alusão a desvio, anormalidade ou perversão que fariam parte do substantivo *homossexual*. De acordo com este autor, o termo *homoerotismo* negaria “a idéia de que existe algo como uma ‘substância homossexual’ orgânica ou psíquica comum a todos os homens com tendências homoeróticas” (Costa, 1992: 22), o que vai de encontro ao conceito de identidade homossexual.

Não obstante esta contribuição, rejeitamos a utilização do conceito de *homoerotismo* por acreditar que ele conduz à invisibilidade do componente sexual da homossexualidade, ao mesmo tempo em que nega a existência de uma identidade gay, um dos aspectos centrais da nossa postura teórica e que será discutido em profundidade adiante. Almeida Neto (1999), também critica o conceito de *homoerotismo* por razões semelhantes, desconstruindo um a um os argumentos de Costa (1992) e terminando por concluir que este conceito pouco consegue fugir da idéia de identidade homossexual. Assim sendo, ao longo desta tese privilegiaremos os termos *homossexualidade*, *homossexual* e *gay*, estes dois últimos sendo considerados sinônimos. O conceito *homossexualismo* não será utilizado porque o sufixo “ismo” nos remete, freqüentemente, à categoria de patologia.

De acordo com Sedgwick (1990), não existe uma *essência* da sexualidade: existem apenas coisas e eventos que a linguagem ordinária concorda em chamar de *sexo*. Assim, o costume de falar de *sexo* como algo imediatamente percebido vem da idéia de que o sentido das palavras encontra-se na realidade ou na natureza das coisas que ela designa, isto é, a palavra *sexo* representaria a realidade *sexo*. O que selecionamos como essência da palavra *sexo* depende dos objetivos visados, sejam estes os da linguagem ordinária ou os da linguagem científica. Na

⁴ O termo *homoerotismo* foi cunhado por F. Karsh-Haak em 1911 e utilizado neste mesmo ano por Sandor Ferenczi ([1914] 1970).

sociedade contemporânea, esta palavra possuiria duas características fundamentais: a de que sexo é algo separado das condutas sexuais dos sujeitos, e a de que o ser humano é dividido naturalmente em dois: o sexo do homem e o sexo da mulher. Acreditamos que, devido às leis biológicas, homens e mulheres são absolutamente distintos do ponto de vista sexual, mas esta concepção de sexo baseada na teoria da bissexualidade original é um produto histórico relativamente recente. Ao que parece, é justamente o conceito de *bissexualidade* que fundamenta a idéia de *heterossexualidade* e *homossexualidade*.

No Ocidente, até o século XVIII, a sexualidade era imaginada com a ajuda de elementos neoplatônicos, isto é, os fenômenos do universo eram vistos como signos aparentes de formas essenciais. A relação entre os fenômenos era a expressão de correspondências que confirmavam a harmonia do mundo e a repetição dos mesmos arquétipos em realidades distintas. Assim, a concepção científica de sexualidade era a do *one-sex model*: a mulher era entendida como sendo um homem invertido e inferior. Invertido porque se considerava que o útero era o escroto feminino, os ovários eram os testículos, a vulva um prepúcio e a vagina um pênis. Inferior porque no modelo metafísico ideal do corpo humano o grau de perfeição era alcançado pelo homem. Desta forma, do ponto de vista científico só havia um sexo, cuja realização máxima se traduzia no corpo do homem (Laqueur, [1992] 2001). Isto não significava que mulheres e homens fossem confundidos: eles distinguiam-se por outros critérios que não o sexual. A diferença entre homens e mulheres era percebida (na medida em que cada um ocupava posições sociais e culturais distintas), mas não explicada pela diferença originária de sexos. O que atualmente chamamos de sexo era a palavra usada para designar os órgãos reprodutores.

No final do século XVIII e início do século XIX, a revolução burguesa e o Iluminismo mudam a realidade social e com ela a percepção médico-científica da anatomia da mulher. A partir do surgimento de uma nova ordem política as diferenças entre homens e mulheres começam a ser pensadas em termos de oposição, fazendo aparecer o *two-sex model*, isto é, agora parte-se do princípio de que existe um dimorfismo radical e original da sexualidade. Os sexos são diferentes em todos os aspectos concebíveis: corpo, alma, físico e moral. Como nos aponta o autor acima, as novas formas de interpretar o corpo não foram consequência de um maior conhecimento científico específico: “só houve

interesse em buscar evidência de dois sexos distintos, diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre o homem e a mulher, quando essas diferenças se tornaram politicamente importantes” (Laqueur, [1992] 2001: 21).

A reinterpretação dos corpos humanos segundo a teoria da bissexualidade original foi, ao que parece, uma solução exigida pelos problemas político-ideológicos postos pela revolução burguesa. O sexo da divisão bipolar passa agora a justificar e impor diferenças morais aos comportamentos *femininos* e *masculinos*, segundo as exigências da sociedade burguesa, capitalista e individualista (Albuquerque, 1987). No antigo regime, as mulheres eram consideradas desiguais e inferiores aos homens; com o Iluminismo e a revolução burguesa a mulher tornou-se, a princípio, igual ao homem perante a lei, pois todos eram seres racionais.

O problema dessa teoria (*do contrato social*) era como legitimar como “natural” o mundo real de domínio do homem sobre a mulher, de paixão sexual e ciúmes, de divisão sexual no trabalho e de práticas culturais geralmente advindas de um estado original de ausência de gênero. (Laqueur, [1992] 2001: 244; parênteses nossos)

O dilema foi resolvido fundando a diferença social e cultural dos sexos numa biologia da incomensurabilidade: uma nova construção da natureza justificou o que de outra forma seriam práticas sociais indefensáveis. Em outras palavras, devido a uma incômoda igualdade jurídico-política entre homens e mulheres, optou-se por marcar os corpos com a diferença de sexos, instaurando a desigualdade e a oposição. A teoria científica da bissexualidade nascia, assim, do interesse de filósofos, moralistas e políticos de encontrarem um critério natural para justificar a inferioridade político-jurídico-moral da mulher.

Um outro ponto importante diz respeito ao conflito entre as esferas do público e do privado. O Estado burguês pretendia respeitar a liberdade dos cidadãos, mas o que se colocava era até que ponto isto era possível. Segundo este mesmo autor, a solução para o impasse foi transformar a mulher em signo da fragilidade da vida privada e da família, enquanto o homem se manteria na esfera do público e da política. A biologia feminina começa a ser usada, a partir de então, como marca da incapacidade da mulher para desempenhos na vida pública e como sinal da vocação natural para os cuidados da casa e dos filhos. Um outro motivo para a redescrição físico-sexual da mulher foi o lugar ocupado por esta

dentro da nova ordem político-econômica burguesa: a mulher devia procriar para reproduzir a população e, conseqüentemente, a força de trabalho. A família tornava-se, deste modo, a célula do Estado burguês.

Greenberg (1988) adota um raciocínio semelhante quando postula que a preservação da dominação do homem, face às aspirações igualitárias das mulheres, dependia do fato do homem possuir qualidades que o diferenciava claramente da mulher. Conseqüentemente, tornou-se necessário policiar homens que não tivessem estas qualidades, assim como mulheres que as apresentassem: a dominação do *macho* dependia do repúdio à feminilidade. Tal como mencionado acima, inicialmente foram filósofos e moralistas que decretaram a diferença sexual entre homens e mulheres; o pensamento científico veio avaliar o que a ideologia já estabelecera. A *política científica da sexualidade* passa então a diferenciar o corpo feminino em três níveis distintos: os ossos, os nervos e o prazer sexual.

Devido à sua estrutura óssea (craniana e pelviana) e à sua constituição nervosa (mais sensível e sugestível), a mulher se encontrava naturalmente qualificada para as atividades domésticas e desqualificada para a vida pública. Com relação ao prazer sexual, no momento em que o orgasmo se dissocia da reprodução, a mulher é chamada a dispensar o prazer e voltar-se para a família e a procriação. O homem, por outro lado, devido à sua força física e moral, passa a ter o papel de protetor; ele é ativo enquanto a mulher é passiva. Ressaltamos aqui o fato de que esta última concepção da diferença sexual, isto é, homens como ativos e mulheres como passivas, se estendeu pelos séculos XVIII, XIX e XX, perdurando até os dias de hoje. De acordo com as teorias expostas em Catonné (1992), o encéfalo impunha esta distinção, determinando uma superioridade intelectual do homem e uma superioridade afetiva da mulher, assinalando a cada sexo um estatuto social diferente. Surgia, a partir da distinção radical entre homens e mulheres, a definitiva sexualização da diferença dos gêneros masculino e feminino. Com a bissexualização dos corpos, o passo seguinte foi a bissexualização do psiquismo. No *one-sex model*, a mulher era um homem invertido e inferior, no entanto, importante para a reprodução da espécie humana. Quando a mulher se torna o inverso complementar do homem, no *two-sex model*, a categoria de inversão (agora como algo anti-natural e perverso), passa a designar o homossexual.

Sua inversão será perversão porque seu corpo de homem será portador da sexualidade feminina que acabara de ser criada. O invertido apresenta um duplo desvio: sua sensibilidade nervosa e seu prazer sensual eram femininos. Seu sexo foi, por isso mesmo, definido como contrário aos interesses da reprodução biológica. (Costa, 1995a: 129)

O homossexual, junto com outros “perversos”, começa a ser rigorosamente estudado pela ciência; ele e as mulheres históricas são vistos como uma grave ameaça à família, à raça e à sociedade (Foucault, [1976] 1999). Os sujeitos passam a ser divididos, a partir deste momento, em heterossexuais e homossexuais, categorias inviáveis antes da construção da diferença sexual original entre homens e mulheres. De acordo com Barcelos (1998), toda a polivalência da sexualidade humana submeteu-se, assim, à categorias dualistas extremamente rígidas, tais como *mulher e homem, heterossexual e homossexual, certo e errado, normal e anormal*.

O homossexual será alinhado aos velhos libidinosos, celibatários, sifilíticos e libertinos, como a anti-norma paroxística da figura do homem-pai. Desde então, a feminilidade do homossexual vai ser afirmada, a despeito de qualquer contra-exemplo empírico ou de qualquer incongruência conceitual. Ele tinha que “ser feminino”, pois, não sendo feminino, não tinha como ser “invertido”. O homossexual tornou-se a prova teórica do *two-sex model* político-moral. Sem ele, a demonstração de que existe um sexo, diferente de sua divisão anatômica em dois sexos, ficaria mais difícil de ser mostrada. Nele, estava a prova viva de que “o sexo” da mulher pode habitar o corpo de um homem. Todos os invertidos mostravam isto; todos os invertidos eram a prova disto. (Costa, 1995a: 129)

Com a utilização dos conceitos de *instinto sexual, degeneração e evolucionismo*, a ciência médica do século XIX estava pronta para justificar teoricamente a moral burguesa (Maya, 2003). A partir do século XIX, a influência da linguagem científica sobre a linguagem ordinária teria contribuído decisivamente para o sucesso das ideologias sexuais. De fato, boa parte das idéias atuais que mantemos sobre sexualidade devem-se ao prestígio da ciência no imaginário social. Assim, a homossexualidade será inicialmente definida como uma perversão do instinto sexual causada pela degenerescência de seus portadores e, depois, como um atraso evolutivo ou retardamento psíquico, que se manifestava pelo funcionamento feminino do homem (Greenberg, 1988). Surgia a *família dos degenerados instintivos* (qualquer indivíduo que apresentasse condutas subversivas à ordem moral da sociedade), e dela, nossas crenças sexuais

“civilizadas”. O degenerado era intelectualmente degradado porque a ideologia das Luzes não podia aceitar que homens racionais apresentassem condutas e desejos que negassem os interesses sociais. Os homossexuais passaram a ser comparados a homicidas, criminosos, viciados, doentes venéreos, suicidas, prostitutas, alcoólicos e doentes mentais. Assim, estudar o homossexual junto com suas “patologias instintuais” torna-se indispensável a partir do momento em que o sexo, sua norma e seus desvios, se transformam em elementos política e socialmente relevantes.

O preconceito sexual parece ter sido um produto da ideologia evolucionista posta a serviço da sociedade burguesa do século XIX. O conceito de *instinto sexual*, agora diretamente ligado à palavra *sexo*, reforçou este imaginário. Se o instinto sexual tinha uma finalidade única, o que fugia a esta finalidade podia ser definido como um desvio ou perversão da meta “natural”. O normal e o anormal em matéria de condutas sexuais tornaram-se, assim, idéias concebíveis: a “naturalidade” do instinto sexual passa a se referir às relações sexuais entre homens e mulheres, com vistas à reprodução biológica e à manutenção da família nuclear burguesa. Inicia-se, desta forma, a *invenção do homossexual*, aliado a movimentos em busca do fator específico da homossexualidade (Badinter, 1992). A psiquiatria, por sua vez, vai progressivamente definindo a *personalidade do homossexual* como uma personalidade patológica especial. O homossexual não era apenas invertido no que dizia respeito ao desvio sexual dos objetivos instintivos: ele era sentimental e psicologicamente invertido porque se comportava de maneira *feminina*.

De acordo com Costa (1995a), a idéia de uma *personalidade homossexual* com traços psíquicos típicos não era uma realidade natural ou biológica, mas uma realidade lingüística do século XIX. O que nós chamamos de *homossexual* nasceu, assim, de esforços da ficção médica e literária. O homossexual passou a ser definido como tendo uma personalidade fundamentalmente feminina: era impressionável e gostava de coisas fúteis. Por outro lado, o termo *sexo* havia ampliado sua extensão. Havia agora dois sexos: um anatômico e outro psíquico.

Segundo Badinter (1992) e Ariès (1985), antes do século XVIII os homossexuais eram descritos pela Igreja como *sodomitas*⁵, uma categoria bastante ampla que incluía contatos sexuais (não necessariamente anais) entre homens, homens e animais, ou homens e mulheres, desafiando a reprodução. A sodomia era proibida por motivos religiosos e, incluída na lista dos pecados graves, era comumente chamada de *pecado mudo* ou *vício abominável*. Greenberg (1988) aponta aqui para uma idéia bastante importante: o que definia o sodomita eram os seus comportamentos “monstruosos”, não sua inclinação (isto é, *heterossexual* ou *homossexual*). Assim, o indivíduo que possuía um desejo de praticar sodomia mas não o fazia, não era considerado um sodomita. Da mesma forma, aquele que abandonasse o *vício abominável*, deixava, igualmente, de ser taxado de *sodomita*. Em outras palavras, a categoria era definida pelo ato, não pelo indivíduo que o praticasse. O *sodomita* não possuía, tal como aconteceria mais tarde com o *homossexual*, uma fisiologia ou psicologia particular. No século XVIII a homossexualidade se laiciza, perdendo sua referência bíblica, e passa a ser chamada de *pederastia*⁶ ou *infâmia*. Torna-se agora pecado contra o Estado, a ordem e a natureza. No entanto, a homossexualidade continua a ser considerada uma aberração temporária, uma confusão da natureza, nunca sendo descrita como uma identidade específica.

No século XVIII e até meados do século XIX, o termo corrente para designar sujeitos homossexuais era a palavra *invertido*⁷; o conceito *homossexualidade* (junto com seus derivados) só viria a ser cunhado algumas décadas depois. Trevisan (2000) afirma que em 1862 um jurista alemão de nome Karl Heinrich Ulrichs inventou a palavra *uranismo*⁸ para se referir à homossexualidade. Segundo Mott (2000c), a palavra *homossexualidade*⁹ propriamente dita só teria sido criada em 1869, pelo jornalista e advogado

⁵ De acordo com Torres (2004), o termo *sodomita* surge como uma referência à história bíblica da destruição da cidade de Sodoma e Gomorra.

⁶ Este termo deriva da palavra grega *paidierastia*, onde *paidos* significa “criança” ou “menino”, e *erastes* significa “amante”. Podemos dizer, brevemente, que a pederastia era uma prática comum na antiguidade (principalmente entre os gregos), onde um homem adulto, colocado na posição de “mentor”, se relacionava sexualmente com um rapaz mais jovem (Greenberg, 1988; Spencer, [1995] 1999).

⁷ De acordo com Badinter (1992) “invertido” associa-se a “efeminado”, portador de uma inversão sexual.

⁸ *Uranismo* seria um termo derivado de Afrodite Urânia, a musa que no discurso de Pausânias no *Banquete* de Platão, representava o amor entre homens (Platão, [360 a.C.] 1972).

⁹ A palavra *homossexualidade* é derivada do grego, onde *homos* significa “semelhante”.

húngaro Karol Maria Kertbeny. Para proteger sua pessoa e conferir maior respeitabilidade à defesa dos homossexuais, Kertbeny usou o pseudônimo de Dr. Benkert, embora nunca tivesse sido médico.¹⁰ Importante ressaltar que tanto Ulrichs quanto Kertbeny acreditavam que a homossexualidade era uma condição inata que se manifestava através de impulsos e desejos. Apesar de neste momento histórico terem surgido alguns autores favoráveis à livre expressão da homossexualidade, apresentando esta orientação sexual de forma mais positiva aos olhos da época, os discursos, na sua maior parte, estavam carregados de preconceito.

Pode-se dizer, assim, que a invenção da palavra *homossexual* altera a idéia que se faz destes indivíduos. “A criação de uma palavra corresponde, neste caso, à criação de uma essência, de uma doença psíquica e de um mal social.” (Badinter, 1992: 102). Começa a caça aos homossexuais, que interessam cada vez mais à polícia, aos juizes e à medicina. A “espécie” homossexual era coerente, homogênea e apresentava características físicas originais (Ariès, 1985). Os médicos podiam detectar os homossexuais através de duas evidências: uma física (a dos estigmas que provocavam deformidades específicas no pênis ou no ânus, adquiridas pelo uso) e outra moral (que os impelia ao vício, podendo contaminar elementos sadios da população). Paralelamente, a noção de homossexualidade surgida na medicina oitocentista foi sendo integrada à psicologia e à psiquiatria, e o homossexual passou a ser explicado como um produto das histórias individuais.

O homossexual do século XIX tornou-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade. (...) ... agora o homossexual é uma espécie. (Foucault, [1976] 1999: 43-44)

Transformado em espécie, o homossexual passa a ser objeto de estudo da medicina e da psicologia, que começam a elaborar, a partir da segunda metade do século XIX, diversas teorias sobre a gênese e, conseqüentemente, sobre a “cura” da homossexualidade. Propôs-se, em primeiro lugar, a abstinência forçada,

¹⁰Diversos autores discordam da versão proposta por Mott (2000c) da invenção do termo *homossexual*, sobretudo no que se refere à profissão e ao nome real de seu criador (Badinter, 1992; Greenberg, 1988). Os dados levantados por Mott (2000c), no entanto, parecem ser os mais historicamente corretos em vistas de recentes descobertas nesta área.

baseada na concepção de que o homossexual buscava exclusivamente o prazer sexual em sua vida amorosa. Posteriormente, as atenções se voltaram para a hipnose como uma possibilidade de levar os homossexuais a desejarem sexualmente as mulheres.

De acordo com Bullough (1974), foi Carl Westphal, um professor de psiquiatria de Berlin, o primeiro cientista a colocar o estudo da homossexualidade em um patamar científico, ao publicar o caso clínico de uma mulher homossexual em 1869. Denominando sua condição de “sentimentos sexuais contrários” ele concluiu que sua anormalidade era congênita ao invés de adquirida. Westphal passa, então, a estudar mais de 200 casos deste tipo, desenvolvendo uma classificação da variedade de comportamentos associados com a homossexualidade.

Na França, Charcot também concluiu que a homossexualidade era herdada, depois de falhar em curar pacientes através da hipnose (Bayer, 1987). Para Moreau, colega de Charcot, a homossexualidade era resultado de uma “fraqueza constitucional” herdada e de “forças ambientais” (Bullough, 1974). Um dos maiores estudiosos do desvio sexual nesta época foi von Krafft-Ebing ([1886] 1999), cujo tratado monumental, *Psychopathia Sexualis*, teve um enorme impacto na opinião da homossexualidade como sendo derivada, simultaneamente, de fatores hereditários e adquiridos. César Lombroso, o criminologista italiano, argumentava, por sua vez, que os homossexuais representavam um estágio de desenvolvimento mais baixo do que o dos heterossexuais, mas como não podiam ser responsabilizados pelo seu fracasso, sua punição não era justificada. Não obstante, segundo Lombroso, deveriam ser restringidos a asilos, devido ao perigo que representavam para a sociedade (Bayer, 1987).

Durante este período, Karl Heinrich Ulrichs, o jurista alemão inventor do termo *uranismo*, foi um dos maiores defensores dos homossexuais, afirmando que a homossexualidade era uma anomalia hereditária. Para Ulrichs, os genitais dos homossexuais se desenvolviam apropriadamente, mas o mesmo não ocorria com seu cérebro, o que fazia com que uma alma feminina pudesse habitar o corpo de um homem (Svensson, 2003). Importante ressaltar, mais uma vez, que a crença de que os homossexuais possuem identidades e papéis de gênero discordantes do seu sexo biológico perdura até os dias de hoje.

As idéias de Ulrichs anteciparam as de Havelock Ellis ([1922] 2001), cujo trabalho, *Inversão Sexual*, procurava demonstrar que a homossexualidade era inata e, portanto, natural. As idéias de Ellis ([1922] 2001) são, neste sentido, muito interessantes, pois dois de seus três postulados principais são, até os dias de hoje, aceitos como verdadeiros pela população leiga. Este autor acreditava, por exemplo, que a homossexualidade com frequência possuía um histórico familiar; que muitos gays e lésbicas teriam apresentado comportamentos atípicos para seu gênero quando crianças; e que o desejo homossexual pareceria, em muitos casos, surgir espontaneamente, sem ter sido ensinado, discutido ou observado pela criança (Pillard, 1996). Não obstante estes postulados terem sido sistematicamente estudados por teóricos que trabalham com homossexualidade, o único que foi cientificamente comprovado até o presente momento foi a teoria de que homossexuais apresentam graus mais baixos de conformidade a seu papel de gênero do que crianças da mesma idade. Estes estudos serão analisados em detalhe mais adiante, quando estivermos discutindo o tema da conjugalidade homossexual. Por último, o alemão Magnus Hirschfeld (1936), um grande defensor dos direitos homossexuais, também acreditava que a homossexualidade não era patológica, mas resultado de características inatas determinadas por secreções glandulares (Svensson, 2003).

Importante lembrar que a investigação das “causas” biológicas da homossexualidade não é um fenômeno recente, estando presente na história da humanidade desde a Grécia Antiga. No século XX, no entanto, a literatura médica se apropriou da hipótese da homossexualidade determinada biologicamente, o que gerou uma série de tentativas cirúrgicas e hormonais que visavam transformar homossexuais em heterossexuais (Greenberg 1988). Como exemplos, podemos dizer que a primeira tentativa de curar a homossexualidade com cirurgia foi realizada por Steinach, em 1917 (Schmidt, 1984). O procedimento foi descrito como a hemi-castração de um homossexual masculino, juntamente com um transplante de tecido testicular de um doador heterossexual. A hipótese era de que o transplante de um tecido testicular “saudável” e “normal” de um indivíduo heterossexual facilitaria a mudança de orientação sexual, conseqüentemente levando a um casamento satisfatório e à possibilidade de ter filhos. Doze homens foram submetidos a esta cirurgia, mas o experimento foi, naturalmente, um fracasso. Mais tarde, em 1962, Roeder introduziu, na Alemanha, uma nova técnica

cirúrgica que provocava uma lesão no lado direito do cérebro do indivíduo homossexual, novamente sem obter qualquer sucesso (Schmidt & Schorsch, 1981). A manipulação de hormônios sexuais, por sua vez, estava baseada na idéia de que determinados indivíduos teriam interesses homossexuais porque não possuíam níveis apropriados de hormônios masculinos ou femininos (Forstein, 2001). Ironicamente, a técnica de dar hormônios masculinos para homens gays não fez com que estes sujeitos mudassem sua orientação, mas foi bem sucedida em aumentar a intensidade do desejo homossexual dos indivíduos.

Tal como visto acima, nos últimos 150 anos diversos estudiosos se posicionaram a favor de uma origem biológica ou inata da orientação sexual (Pillard, 1996). Não obstante a relevância do assunto, assim como o grande número de pesquisas feitas nesta área, não nos aprofundaremos no tema das teorias biológicas sobre a homossexualidade por este não constituir o cerne do nosso trabalho. Frisamos, mais uma vez, que esta tese não visa discutir as *causas* da homossexualidade, mas sim compreender de que modo as vivências pessoais destes indivíduos são afetadas pelo preconceito contra homossexuais existente na nossa sociedade. Ressaltamos, apenas, que, nas últimas décadas, a concepção de que a homossexualidade é uma condição relativamente estável, possivelmente inata, característica de uma minoria da população com gostos sexuais excludentes, vem ganhando cada dia mais atenção dentro da comunidade científica. Mais recentemente, os esforços têm se concentrado na investigação da influência de aspectos genéticos, hormonais (estudando-se hormônios ou feromônios), cerebrais (através da análise de determinadas regiões do cérebro), prenatais, ecológicos (cujas hipóteses estão baseadas na Teoria Evolucionista), infecciosas (relacionada com a exposição a vírus ou bactérias) e imunes (Herculano-Houzel, 2006; Rosario, 1997; Small, 1996). Importante lembrar, no entanto, que apesar da ênfase destes estudos nos componentes biológicos da orientação sexual, grande parte dos pesquisadores postula que fatores ambientais também são fundamentais no desenvolvimento de uma orientação sexual específica, o que nos faz pensar em um modelo biopsicosocial da gênese da homossexualidade. A hipótese corrente é de que existiriam diversas formas de heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade, com múltiplas origens biológicas que interagiriam com fatores ambientais distintos para determinar a orientação sexual do sujeito (Svensson, 2003).

Por último, tal como será discutido mais adiante, a idéia de que a homossexualidade possui uma origem biológica tende a favorecer a diminuição do preconceito contra este setor da população. No entanto, o efeito oposto também é possível: as descobertas podem ser usadas para tentar modificar a orientação sexual (futura ou presente) de determinados indivíduos, utilizando, por exemplo, terapia genética, ou fazendo aborto de fetos que poderiam vir a se tornar homossexuais quando adultos. Não obstante este perigo, as teorias biológicas são amplamente apoiadas por diversos setores da população homossexual¹¹ (Fausto-Sterling, 2000), que acreditam que a descoberta de causas inatas para a homossexualidade normalizaria esta orientação sexual perante os olhos da sociedade, reduziria o número de indivíduos que acreditam na eficácia das terapias de conversão¹² e mudaria a crença de que a homossexualidade é uma “opção” sexual escolhida por indivíduos com problemas morais ou de caráter. De acordo com este raciocínio, a aceitação de explicações biológicas também reduziria os estereótipos de que a homossexualidade é “contagiosa” ou pode ser “ensinada”, pois não se poderia “pegar” ou “aprender” um traço genético (Bohan, 1996). Situação contrária ocorre com as terapias de conversão, que estão baseadas na premissa central de que a homossexualidade não é inata e, portanto, pode ser modificada. De interesse é a forma como ambos grupos têm lidado com este tema controverso: enquanto o movimento gay evita discutir o assunto, indivíduos que praticam terapia de conversão tentam desacreditar os resultados de estudos que apontam para possíveis causas biológicas da homossexualidade (Besen, 2003).

Com relação ao Brasil, Green (1999) aponta para o fato de que a patologização da homossexualidade no país, iniciada no fim do século XIX, caminha em paralelo com o processo na Europa, descrito acima. A crescente visibilidade da homossexualidade masculina (sobretudo dos homossexuais considerados “efeminados”) esteve diretamente relacionada com o aumento no número de trabalhos escritos sobre esse tema por médicos, criminologistas e juristas. Estes, por sua vez, fundamentaram seu pensamento na teoria de gênero

¹¹ Wilson (1999) nos alerta para o perigo de achar que a simples descoberta de uma origem biológica para a homossexualidade reduziria o preconceito contra este setor da população, lembrando que na sociedade ocidental contemporânea negros e mulheres continuam sendo discriminados.

¹² Denominamos *terapia de conversão* qualquer intervenção ou processo que vise facilitar a mudança de uma orientação homossexual para uma orientação heterossexual (Ford, 2001). Este tema será analisado detalhadamente em um capítulo separado.

corrente na sociedade brasileira que dividia os homens em *homens verdadeiros* (ativos e penetradores) e *bichas* (passivos e efeminados). A homossexualidade confundia as noções de papéis de gênero “apropriados”, tal como era concebida pelos médicos e criminologistas. Por este motivo, a profissão médica, as instituições legais e psiquiátricas, a família, a Igreja e a sociedade como um todo juntaram esforços para estudar e combater (leia-se, “curar”) a homossexualidade, considerada uma perversão e um desvio orgânico, causada por desequilíbrios hormonais (Fry & MacRae, 1983). Deste modo, quando não eram presos (o que acontecia sobretudo com indivíduos de classe baixa ou pele escura), os homossexuais eram confinados em instituições psiquiátricas, onde sofriam “tratamentos médico-pedagógicos”. Como nos aponta Del Priore (2005), estes tratamentos incluíam transplante de testículos (descrito anteriormente) e convulsoterapia, procedimento no qual se administrava uma injeção de insulina para curar o que se considerava um comportamento esquizofrênico. Segundo Trevisan (2000), havia ainda aqueles que propunham a criação de uma instituição que abrigasse exclusivamente homossexuais, com o intuito de que o Estado pudesse melhor resolver esse “problema social”. Vale lembrar que estes escritos médico-legais e morais a respeito da homossexualidade foram rapidamente popularizados através de manuais sexuais, atingindo uma ampla parcela da sociedade brasileira.

Concluimos este capítulo lembrando que a partir do século XIX a sexualidade tornou-se a chave da individualidade, constituindo-a e permitindo sua análise. O discurso médico, por sua vez, transformou os *comportamentos sexuais* em *identidades sexuais* e o sexo tornou-se a última verdade do ser. Heilborn (1996) segue este mesmo raciocínio, postulando que na cultura ocidental contemporânea a identidade sexual tornou-se uma das dimensões centrais da identidade social dos indivíduos. Daí a importância que atribuímos à sexualidade, o temor que sentimos em relação a ela e nossa insistência em esquadrihá-la. A sexualidade que poderia representar a diversidade, acabou por se converter em um destino aprisionante, particularmente para aqueles que, tal como os homossexuais, apresentam uma sexualidade considerada “desviante”.

Identidade Homossexual

Antes de dar início a este capítulo, gostaríamos de enfatizar que estamos cientes do terreno escorregadio que cerca a identidade homossexual. Não obstante, parece-nos absurdo abolir qualquer referência ao conceito, sobretudo porque o debate entre aqueles que adotam uma visão construtivista e aqueles que optam por uma análise biológica/essencialista ainda persiste. Sem entrar em detalhes a respeito destas duas posições, podemos mencionar que, de forma geral, as críticas à identidade gay provêm da idéia de que ela reinstauraria a função normatizadora da medicina, colocando a sexualidade dentro de definições e categorias restritas (Trevisan, 2000). Da mesma forma, explicar todas as dimensões da vida das pessoas através da sexualidade seria extremamente empobrecedor (Heilborn, 1996). Autores que adotam este raciocínio postulam que a aquisição de uma identidade homossexual positiva não é a única forma de lutar contra o preconceito e de garantir direitos legais, no entanto, não propõem qualquer alternativa que justifique o abandono do conceito.

De um modo geral, definimos *identidade* como um fator diferenciado que certos indivíduos possuem de determinadas posições culturais, políticas e econômicas correntes em cada sociedade (Chasin, 2000). Segundo as teorias de Psicologia Social, as pessoas são categorizadas de acordo com as formas pelas quais elas diferem dos valores culturais predominantes (Fiske, 1998) e, no caso brasileiro, estes ideais seriam o de um homem branco, heterossexual, jovem e bonito. Na impossibilidade de se identificarem com o grupo tradicional heterossexual, muitos gays acabam lutando por uma identidade própria, cujo componente central parece ser, entre outros, o desejo homossexual (Souza, 1989). Vemos, assim, que a identidade homossexual tem, pelo menos, duas dimensões: a de como o indivíduo se reconhece (e se identifica com seus iguais) e a de como o indivíduo é visto pela sociedade (e se contrapõe aos grupos diferentes do seu).

Desta forma, a concepção de identidade homossexual que adotaremos a seguir se baseia no caminho proposto por Goffman ([1963] 1988), pelo qual

acredita-se que “*as pessoas que têm um estigma*¹³ *particular tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu*” (Goffman, [1963] 1988: 41). Em outras palavras, muitos homossexuais vivenciariam uma seqüência semelhante de ajustamentos pessoais¹⁴ que afetam sobremaneira sua perspectiva de mundo, facilitando, assim, a aquisição de uma identidade gay. Vale ressaltar que a identidade gay parece ser adotada sobretudo por homossexuais masculinos brancos de classe média. Este fenômeno se explica pelo fato de que é mais fácil (econômica e socialmente) para estes indivíduos se identificarem e viverem abertamente como homossexuais do que para as lésbicas, os negros e os pobres (Knopp, 1998). Isto significa que a identidade gay não é a única identidade possível ou desejável para todos aqueles que adotam um *comportamento* homossexual.

Tal como foi elaborado em Nunan (2001), a identidade gay pode ser entendida como uma realidade necessária em face de objetivos práticos, sendo fundamental para o movimento homossexual como uma estratégia utilizada na reivindicação de direitos. No entanto, como qualquer outra identidade, ela é sempre pontual, provisória e estabelecida como uma reação a contingências pessoais, sociais e históricas (Costa, 1995b). Tomada como uma essência ou uma característica objetiva de todos aqueles que adotam um comportamento homossexual, a identidade gay pode acabar se tornando prejudicial, limitando a expressão da individualidade do sujeito e, neste caso “*a diferença deixa de ser uma escolha pessoal e se torna um constrangimento imposto de fora*” (Badinter, 1992: 116). Dito de outra forma, acreditamos que a identidade gay é um processo em devir que depende das descrições e crenças históricas que temos do assunto. Por outro lado, falar em identidade gay não significa que esta identidade seja onipresente e regule todos os aspectos da vida do sujeito, reduzindo-o à dimensão sexual de sua existência. Não obstante, o lugar social ocupado pelos homossexuais influi em larga escala a construção de sua identidade: ao desempenhar um papel

¹³ Sucintamente, *estigma* pode ser definido como uma marca pública (física ou metafórica) de vergonha e desonra que outorga ao indivíduo um status social baixo. Este conceito será extensamente desenvolvido em um capítulo independente.

¹⁴ Dentre os processos de ajustamento pessoal vivenciados pelos homossexuais podemos citar a aprendizagem do ponto de vista dos heterossexuais, aprendizagem de que a homossexualidade é desqualificada, aprendizagem de como lidar com o tratamento que os outros dão a seu estigma, aprendizagem do encobrimento e revelação do estigma.

estigmatizado, o indivíduo entra em contato com determinados aspectos da realidade e terá a sua identidade influenciada por essa perspectiva, identidade esta ativada apenas em circunstâncias sociais particulares.

Em suma, quando falamos em identidade gay devemos deixar claro que a homossexualidade é apenas um aspecto da identidade destes indivíduos e que portanto não podemos reduzi-los a isso: “*esse será um adjetivo a mais num conjunto inevitável de qualificativos, que definirá alguém como homossexual além de brasileiro ou inglês, nordestino ou gaúcho, jovem ou velho, alto ou baixo, etc.*” (Trevisan, 2000: 40). Em contraposição, afirmar-se como *homossexual* afeta grandemente a inserção social e a vivência psíquica destas pessoas, o que significa que não podemos ignorar a importância desta identidade, sobretudo para o movimento gay, fundado na construção de uma identidade possível. Apesar destes comentários, visto que o desejo, seja este homo ou heterossexual, é polivalente, talvez seja mais correto falar em *homossexualidades*, isto é, em várias identidades homossexuais.

3.1

Identidade: aspectos gerais

O conceito de *identidade* tem sido amplamente estudado pela Psicologia Social desde 1943, quando Gordon Allport publicou seu artigo clássico *The Ego in Contemporary Psychology* (Baumeister, 1998). Atualmente, no entanto, o conceito de *identidade* tem sido substituído pelo de *self*, apesar de ambos os termos se mostrarem idênticos em diversos aspectos. Dada que esta discussão é por demais extensa e complexa para ser abordada aqui, o presente estudo fará uso dos conceitos de *self* e *identidade* como sinônimos, ora empregando um, ora outro. Importante ressaltar também que considera-se que a identidade de um indivíduo é formada por duas partes articuladas entre si: *identidade pessoal* (atributos específicos do indivíduo) e *identidade social* (atributos que assinalam o pertencimento a grupos ou categorias) (Jacques, 1998). Apesar de não entrarmos em detalhes a respeito da *Teoria de Identidade Social* (Tajfel & Turner, 1979; Tajfel, 1982), é preciso ressaltar que o fato do indivíduo homossexual pertencer a um grupo social estigmatizado afeta enormemente sua identidade pessoal. Em outras palavras, podemos dizer que a identidade social refere-se ao pertencimento

do indivíduo a determinadas categorias sociais, enquanto a identidade pessoal está relacionada com os significados pessoais atribuídos a estes pertencimentos (Deaux, 1993). Estes significados pessoais, por sua vez, podem refletir sentimentos positivos ou negativos com relação ao grupo social e a importância deste na vida do sujeito (Luhtanen & Crocker, 1992).

A Psicologia Social define *identidade* como um termo que designa tudo aquilo que o sujeito experimenta e descreve como sendo ou fazendo parte do *self*. De acordo com Baumeister (1998), a essência do *self* envolve a integração de experiências diversas em uma unidade e continuidade temporal, destacando-se aqui três categorias principais da experiência: *consciência reflexiva* (a experiência na qual uma pessoa está consciente do *self*), *interpessoalidade* (a maneira como o *self* se forma através do contato com outros seres humanos e permite interações com estes) e *função executiva* (o *self* realiza escolhas, toma decisões, inicia ações e é responsável por elas). Dentro da função executiva podemos incluir a *auto-regulação*, isto é, a maneira pela qual o *self* atua sobre si mesmo (alterando ou eliminando comportamentos ou pensamentos) e sobre o meio ambiente. Isto significa dizer que a identidade de um indivíduo está em permanente construção.

O *self* não é um objeto em-si mas é construído socialmente através de um acúmulo de experiências e crenças. Os indivíduos aprendem *quem* e *o quê* são em suas relações com outras pessoas, e sempre adquirem identidades como membros de grupos sociais. Segundo McGuire e cols. (1978, 1979), a composição social do contexto em que vivemos pode trazer à tona diferentes aspectos do *auto-conceito*, isto é, a crença que temos sobre nosso próprio *self*. Ao que parece, em determinadas situações, os indivíduos se tornam bastante sensíveis a fatores que os diferenciam de outras pessoas à sua volta. Se um indivíduo pertence a um grupo (social, racial ou sexual) minoritário ou estigmatizado, ele ficará atento ao aspecto de sua identidade que o torna minoria (Deaux & LaFrance, 1998). Assim, ser homossexual em uma sociedade predominantemente heterossexual torna a orientação sexual uma característica central da identidade, fazendo com que este indivíduo, em muitas ocasiões, se defina primariamente como homossexual. Importante ressaltar o fato de que a identidade é construída através de papéis sociais, incluindo relacionamentos, ocupação profissional, filiação política, estigma, religião e raça. De acordo com este raciocínio, os homossexuais podem

ser vistos como indivíduos que representam um papel social, ao invés de terem uma condição (McIntosh, 1981).

A aquisição de qualquer identidade é um processo extremamente complexo, comportando relações positivas de inclusão e relações negativas de exclusão. *“Nós nos definimos pelas semelhanças com algumas pessoas e as diferenças com outras. O sentimento de identidade sexual também obedece a esse processo.”* (Badinter, 1992: 33; grifos nossos). De acordo com esta autora, a preocupação com a identidade sexual é relativamente nova: antes do século XIX acreditava-se que o indivíduo podia mudar de identidade sexual sem grandes problemas íntimos. *“Até que a sexologia lhe colocasse um rótulo, a homossexualidade era apenas uma parte difusa do sentimento de identidade. A identidade homossexual, tal como a conhecemos, é, portanto, uma produção da classificação social.”* (Weeks, citado por Badinter, 1992: 105). Além da classificação social, as transformações econômicas do século XIX criaram as condições estruturais para o surgimento da identidade homossexual (Gluckman & Reed, 1997).

3.2

Identidade homossexual

Em um artigo considerado clássico, D’Emilio (1983) argumenta que a transição para o capitalismo industrial no século XIX proporcionou as condições sociais, políticas e econômicas para que a identidade homossexual emergisse. Dentre as implicações demográficas, sociais e psicológicas das mudanças que ocorreram nesse período, podemos citar a transformação da família (que passou de unidade de produção econômica para um local onde se encontra afeto e segurança emocional), o declínio das taxas de nascimento (visto que a procriação se desconectou do prazer sexual), urbanização acelerada e uma crescente ênfase no indivíduo e na vida pessoal como o caminho para a felicidade. Segundo Greenberg (1988), o controle social exercido pela família e vizinhos nas pequenas cidades tornou-se inviável nos grandes centros urbanos, particularmente para os homens e mulheres solteiros que emigraram para as cidades em busca de emprego, sendo a partir deste momento capazes de prover suas necessidades fora

de um contexto familiar heterossexual tradicional¹⁵. Da mesma forma, o fato de empregados deixarem de viver na casa de seus empregadores, aliado ao surgimento de hotéis e quartos para alugar, facilitou enormemente a manutenção de uma vida sexual particular.

As condições e demandas do capitalismo também facilitaram o crescimento econômico e geográfico das comunidades homossexuais¹⁶ no século XX. À medida em que as cidades cresciam, um número cada vez maior de indivíduos abandonava a família rural para viver nelas. Este desenvolvimento possibilitou que homossexuais encontrassem outros indivíduos que estavam organizando suas identidades com base em sua sexualidade. Em suma, o capitalismo permitiu que desejos e comportamentos sexuais se transformassem em uma base para identidades distintas, contribuindo, neste sentido, para a formação da identidade homossexual e de movimentos sociais baseados nesta identidade. No entender de Chasin (2000), os homossexuais se mobilizaram ao redor de sua identidade sexual porque era na sua sexualidade onde eles se sentiam mais invalidados.

Um grande número de teorias de formação de identidade homossexual tem sido elaborado desde a década de 70¹⁷, a maioria propondo um modelo de “estágios” ou “fases” pelas quais o sujeito passaria ao longo do desenvolvimento

¹⁵ De acordo com Matthaehi (1997), este argumento parece ser muito mais forte para os homossexuais masculinos do que para as lésbicas, que só recentemente puderam se desvincular dos papéis tradicionais de esposa e mãe impostos por um casamento heterossexual.

¹⁶ Faz-se importante aqui definir os termos *comunidade* e *subcultura*, que aparecerão algumas vezes durante este trabalho. Assim, definimos subcultura como uma ideologia articulada coerentemente em um conjunto de significados, crenças e comportamentos, além de ser uma forma complexa de interação e organização social (Kates, 1998). Os conteúdos de uma subcultura incluem significados, códigos, linguagem (gírias, por exemplo), normas, valores, costumes, pontos de encontro, atividades, instituições (estruturas de apoio material e psicológico) e tradições. Segundo Plummer (1975), as subculturas são consequência das sociedades complexas onde não existe um sistema de valores único e uniforme que seja válido para todos os indivíduos. De acordo com esta perspectiva, a subcultura homossexual possuiria valores e normas distintos daqueles adotados pela cultura heterossexual dominante.

Seguindo o caminho proposto por Kates (1998), definimos comunidade como um grupo de indivíduos que possuem um vínculo comum que os distingue de outros indivíduos. Pessoas que participam de uma comunidade compartilham uma relação social, conhecida por eles, que pode ser tanto anônima como face-a-face. No caso mais específico dos homossexuais, a comunidade também implicaria em alguma espécie de identidade compartilhada. Em outras palavras, pode-se dizer que a subcultura é um tipo especial de comunidade, no sentido de que toda subcultura é uma comunidade, mas toda comunidade não é, necessariamente, uma subcultura. No caso brasileiro, no entanto, pelo menos no que se refere à cidade do Rio de Janeiro, podemos falar tanto em subcultura quanto em comunidade homossexual (Nunan & Jablonski, 2002).

¹⁷ Para uma revisão do tema remetemos o leitor ao trabalho de Nicely (2001). Nesta tese nos limitaremos a abordar apenas as teorias de formação de identidade homossexual mais estabelecidas no meio acadêmico, isto é, as de Cass (1979, 1984a, 1984b) e Troiden (1985, 1989).

desta identidade (Cox & Gallois, 1996). O renovado interesse pelo tema da identidade homossexual se deveu a uma série de fatores, dentre os quais destacamos: a decisão da *Associação Psiquiátrica Americana* de retirar a homossexualidade como categoria diagnóstica em 1973¹⁸; uma mudança de perspectiva, aparente desde o século XIX, que deixa de analisar o homossexual como um objeto e passa a compreendê-lo como uma pessoa; o abandono gradual, durante a década de 60, da noção de coletividade, substituída pela ideologia do indivíduo; e uma ênfase crescente na psicologia social e na sociologia como métodos privilegiados de entendimento do indivíduo. As teorias desenvolvimentistas criadas, a partir de então, para dar conta da identidade homossexual conceitualizam as tarefas enfrentadas pelo indivíduo como se referindo primariamente ao ajuste pessoal a um ambiente geralmente hostil. Os autores acima criticam estas perspectivas por se centrarem em aspectos individuais, ignorando fatores sociais mais amplos (tais como o pertencimento a um grupo social estigmatizado), e propõem, em contraposição, que a *Teoria de Identidade Social* (Tajfel & Turner, 1979; Tajfel, 1982) seja utilizada para melhor compreender a interação de fatores individuais e sociais. Apesar desta importante ressalva, basearemos as análises que se seguem nos modelos de estágios ou fases, por serem teorias firmemente estabelecidas no meio acadêmico. Por outro lado, o uso da *Teoria de Identidade Social* na compreensão do desenvolvimento da identidade homossexual ainda é uma proposta recente, adotada por poucos autores. Não obstante, acreditamos que, no futuro, ambos modelos teóricos possam coexistir, favorecendo uma compreensão mais ampla e profunda do que significa adotar este tipo específico de identidade.

De acordo com Troiden (1985, 1989) a identidade é um rótulo que as pessoas se aplicam e que representa o *self* em uma situação social específica. Frequentemente, a identidade se refere à inserção em uma categoria social (baseada no gênero, raça, idade ou orientação sexual, por exemplo) e quando removida da situação social que a ativa esta identidade relevante pode tornar-se dormente. Assim, a identidade homossexual seria apenas uma de uma série de identidades incorporadas no *auto-conceito* de um indivíduo, isto é, a definição que o sujeito tem de si mesmo. O auto-conceito é entendido por este autor como a

¹⁸ Este assunto será discutido em profundidade mais adiante, no capítulo sobre as terapias de conversão.

totalidade das identidades, estejam estas ativadas ou dormentes. Além de ser ativada apenas em situações sociais particulares, a identidade homossexual também pode ser apresentada a outras pessoas em diversos graus.

Uma das mais influentes teorias sobre a formação da identidade homossexual é a proposta por Cass (1979, 1984a, 1984b), que se preocupa essencialmente com o processo através do qual o indivíduo se auto-categoriza como homossexual e os estágios que ele segue em direção a uma identidade gay positiva¹⁹. Segundo esta autora, a identidade sexual pode ser uma *identidade de self* (quando o indivíduo se define como homossexual, por exemplo), uma *identidade percebida* (ocorre em contextos sociais onde o indivíduo acredita que outros o percebem como homossexual), uma *identidade de apresentação* (quando o indivíduo se apresenta como homossexual em determinados contextos sociais), ou as três juntas, caso no qual a identidade do sujeito seria considerada plenamente integrada. Para a autora acima, a formação da identidade homossexual dá-se em seis estágios (confusão, comparação, tolerância, aceitação, orgulho e síntese), que com frequência ocorrem dentro de um contexto de estigma social, inegavelmente afetando tanto a formação como a expressão da identidade.

Simplificando as teorias de Cass (1979, 1984a, 1984b) e Troiden (1985, 1989), podemos dizer que os estágios típicos da formação da identidade homossexual incluem: *sensibilização* (geralmente ocorre antes da puberdade, quando o indivíduo começa a se sentir marginalizado e diferente das outras pessoas), *confusão de identidade* (freqüentemente durante a adolescência, quando pensamentos de uma possível homossexualidade provocam conflito interno e incerteza), *identidade assumida* (durante ou depois da adolescência, quando a homossexualidade é aceita como identidade de *self* e identidade de apresentação, sendo revelada a outros homossexuais) e *compromisso* (adoção da homossexualidade como uma forma de vida, apresentando esta identidade publicamente, apesar do grau com que o indivíduo se assume possa variar). A *síntese de identidade* ocorreria quando o sujeito se auto-identifica como homossexual, revela esta identidade a outras pessoas e se sente confortável com ela. É possível, ainda, identificar um último estágio no qual a identidade

¹⁹ De acordo com Allen e Oleson (1999), a identidade gay positiva é um processo de desenvolvimento contingente a um compromisso e a uma oportunidade para o crescimento pessoal, não resultando, simplesmente, da auto-identificação como homossexual.

homossexual perde importância e se transforma em apenas uma das várias identidades no auto-conceito do indivíduo. Os autores acima predizem que à medida em que o indivíduo passa de um estágio para outro, sua auto-percepção muda de negativa e ambivalente para uma visão mais positiva e de maior aceitação da identidade homossexual. Este fenômeno, por sua vez, também aumenta o bem-estar psíquico do sujeito, que passa a entender a identidade gay como algo viável, adota um comportamento sexual quase exclusivamente homossexual, revela esta identidade a outras pessoas, é mais sexualmente ativo e tem mais relacionamentos amorosos.

Shernoff (1997) levanta um ponto importante quando afirma que o processo de aquisição da identidade gay também inclui a perda de uma suposta identidade heterossexual e dos benefícios associados a ela. De acordo com este autor, o luto pela heterossexualidade “perdida” deve ser trabalhado para que o indivíduo possa posteriormente descobrir as vantagens em assumir uma identidade gay. *“Quando bem sucedida, esta luta transforma sentimentos de vergonha, estigma e auto-punição em um senso maior de orgulho e valor próprio”* (Schwartzberg, 1996: 35; tradução nossa).

Devemos ressaltar que apesar destas teorias apresentarem “estágios típicos” no processo de desenvolvimento de uma identidade homossexual, estes estágios não são lineares, mutuamente exclusivos ou são percorridos por todas as pessoas da mesma forma. Em outras palavras, existem alternativas desenvolvimentistas a este modelo: de acordo com o estágio que marque o início do processo, vários caminhos distintos podem dar origem a uma multiplicidade de identidades e estas podem igualmente mudar ao longo da vida do indivíduo. Os estágios representariam apenas um modelo dentro do qual existe enorme variação, tanto em termos da idade cronológica com a qual os sujeitos atravessam estes processos, quanto no que se refere à seqüência dos estágios (estes podem ser pulados, fundir-se ou ser realizados simultaneamente). Cass (1979) lembra, igualmente, que o indivíduo pode parar seu desenvolvimento de uma identidade homossexual em qualquer um dos estágios, enquanto McDonald (1982) ressalta que a identidade gay do sujeito varia enormemente de acordo com o grau de preconceito e discriminação existente em cada sociedade. Por último, é necessário apontar que estas teorias se referem sobretudo à formação da identidade

homossexual masculina, dado que as lésbicas com frequência passam por processos distintos ainda pouco explorados.

Tal como investigamos em Nunan (2003) quando falamos sobre comportamento de consumo homossexual, saber se um determinado indivíduo adota uma identidade gay é, em muitos casos, mais importante do que ter conhecimento sobre seu comportamento sexual. Apesar da identidade gay ser uma variável complexa e difícil de ser medida, alguns autores desenvolveram formas de estabelecê-la com um razoável grau de confiança. Brady e Busse (1994), por exemplo, criaram o *Gay Identity Questionnaire* baseado no modelo de Cass (1979). Este questionário parece ser particularmente útil no estudo do processo de assunção da homossexualidade, ou seja, quando o indivíduo revela sua orientação sexual para outras pessoas.

3.2.1

O processo de assumir a homossexualidade

Enquanto a homossexualidade em si não é considerada uma escolha, pode-se dizer que, em um sentido mais profundo, o indivíduo de fato escolhe tornar-se gay (isto é, adotar uma identidade gay) quando atravessa o rito de passagem de assunção da homossexualidade (Kates, 1998). Sucintamente, este é um processo através do qual o sujeito reconhece sua homossexualidade, desenvolve uma identidade baseada nela e revela esta orientação sexual a outras pessoas (sejam familiares, amigos, colegas de trabalho ou estranhos), tornando-se visível, culturalmente inteligível e desafiando abertamente o discurso sexual hegemônico. Dito de outra forma, o sujeito faz a opção de ser *socialmente* homossexual, não de *desejar* homossexualmente (Trevisan, 2000). Apesar de neste capítulo estarmos nos referindo a assunções voluntárias da homossexualidade, não podemos esquecer, tal como nos aponta Sophie (1987), de que também existem *assunções acidentais* (quando o indivíduo não tinha a intenção de revelar sua homossexualidade para aquele sujeito em particular), e *assunções indiretas* da homossexualidade (quando o homossexual provê informação, verbalmente ou através de seus atos, que permite que outros descubram sua orientação sexual sem que ele precise declará-la abertamente).

A angústia que surge quando o sujeito se descobre homossexual não vem, necessariamente, da descoberta em si, mas da consciência de que ele sofrerá rejeição. Seguindo o caminho trilhado por Goffman ([1963] 1988), podemos dizer que a aprendizagem do *encobrimento*²⁰ constitui uma fase importante da socialização do homossexual, e um ponto crítico em seu desenvolvimento. Em determinado momento, no entanto, o indivíduo pode vir a sentir que o encobrimento não é mais requerido, pois ele se aceita e se respeita, não havendo, portanto, necessidade de esconder a homossexualidade. Assim, depois de um trabalhoso aprendizado de encobrimento, o homossexual pode finalmente começar a desaprendê-lo, ao passo em que decide revelar-se voluntariamente a outras pessoas. De acordo com D'Augelli (1998), a auto-aceitação de sentimentos homossexuais instiga outros processos de consolidação da identidade que são fundamentalmente sociais. Assumir-se para si mesmo geralmente leva o indivíduo a revelar-se a outra pessoa pela primeira vez, experiência que é descrita como extremamente difícil, sobretudo no que se refere à escolha da audiência apropriada. As perguntas, a *quem* contar? *como?* e *quando?* não são fáceis de serem respondidas e com frequência o sujeito não sabe como as demais pessoas reagirão à notícia. No caso de poderem escolher a quem revelar sua orientação sexual os homossexuais tendem a preferir indivíduos que eles acreditam serem menos preconceituosos e que responderão positivamente. Mesmo tomando este tipo de precaução, ao revelarem sua identidade gay a outras pessoas os homossexuais estão se arriscando a perder conexões humanas valiosas, sobretudo com familiares e amigos íntimos. Passada esta primeira revelação o indivíduo pode, em seguida, assumir-se para familiares (pais, irmãos, família extensa), amigos (que vão desde conhecidos a amigos íntimos) e outras pessoas importantes na sua rede social (tais como colegas de trabalho, chefes, professores, líderes religiosos, etc.). De acordo com uma série de autores (D'Augelli & Hershberger, 1993; Herdt & Boxer, 1993), a maioria dos homossexuais revela sua orientação sexual a outra pessoa pela primeira vez com aproximadamente 16 anos de idade. Vale ressaltar, no entanto, que este número se refere a estudos recentes, pois pesquisas realizadas em décadas anteriores (Dank, 1971; McDonald, 1982;

²⁰ O fenômeno do *encobrimento* será abordado com maiores detalhes no capítulo sobre Estigma Social. Por ora ele será definido como o fato do homossexual esconder e manipular informações sobre sua verdadeira identidade, recebendo e aceitando um tratamento baseado em falsas suposições a seu respeito.

Troiden, 1979) revelavam que homossexuais se assumiam pela primeira vez com idades que variavam entre 23 e 28 anos. Acreditamos que estas diferenças possam ser explicadas por uma maior aceitação da homossexualidade nos dias de hoje.

O medo que advém da possibilidade de ser rejeitado pelas pessoas mais próximas à sua rede de relações não pode ser de forma alguma minimizado e, no caso da família, além do medo da rejeição afetiva existe o temor da reação desta. No estudo de LaSala (1998), a maioria dos gays entrevistados relatou hostilidade por parte de seus pais após a revelação da homossexualidade, hostilidade esta que em muitos casos perdurou durante anos. Também não é incomum que homossexuais sejam fisicamente agredidos, extorquidos ou expulsos de casa por seus parentes, o que faz com que muitos prefiram levar uma vida dupla até terem condições financeiras de se sustentarem sozinhos caso isto venha a ocorrer (Jacobs, 1997). Pesquisas (Gorman e cols., 1995; Zolopa e cols., 1994) apontam para o fato de que aproximadamente 20% dos moradores de rua nos Estados Unidos são gays, um índice muito elevado se levarmos em consideração que os homossexuais compõem menos de 8% da população. Desconhecidos ou amigos não tão próximos podem se mostrar muito mais receptivos à notícia da homossexualidade do que familiares ou amigos íntimos, já que não possuem expectativas prévias sobre o indivíduo. Deste modo, em seu livro *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*, Goffman ([1959] 2005) postula que:

... uma falsa impressão mantida por um indivíduo em qualquer de suas práticas pode ser uma ameaça ao relacionamento ou papel inteiro do qual a prática é apenas uma parte, pois uma revelação desonrosa em uma área da atividade de um indivíduo lançará dúvida sobre as múltiplas outras, nas quais não tenha o que ocultar. (Goffman, [1959] 2005: 65)

Alguns anos mais tarde, em *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Goffman ([1963] 1988) acrescenta:

Pode-se supor que a posse de um defeito secreto desacreditável adquire um significado mais profundo quando as pessoas para quem o indivíduo ainda não se revelou não são estranhas para ele, mas sim suas amigas. A descoberta prejudica não só a situação social corrente mas ainda as relações sociais estabelecidas; não apenas a imagem corrente que as outras pessoas tem dele mas também a que terão no futuro; não só as aparências, mas ainda a reputação. O estigma e o esforço para escondê-lo ou consertá-lo fixam-se como parte da identidade pessoal. (Goffman, [1963] 1988: 76)

O autor acima também explica que a tendência para a difusão do estigma da homossexualidade do indivíduo para as suas relações mais próximas é um dos motivos porque tais relações tendem a ser evitadas ou a terminar. Allport ([1954] 1979) postulou que muitos indivíduos não-estigmatizados são discriminados por se associarem a sujeitos portadores de estigmas. Estudos mais recentes (e. g. Neuberg e cols., 1994), mostraram que homens heterossexuais tendem a denegrir outros homens quando estes possuem amigos homossexuais.

Para os homossexuais, assumir a sexualidade em público significa contar justamente o que os outros escondem, isto é, a vida sexual, que em nossa sociedade pertence à esfera privada. Quando um gay revela que gosta de pessoas do mesmo sexo, somos imediatamente capazes de visualizar a cena e isso é desconfortável para a maioria de seus amigos e parentes (Pinheiro, 2000). Não obstante uma possível reação negativa, do ponto de vista de quem recebe a notícia a assunção da homossexualidade pode ser vista como uma prova de confiança e de compromisso mútuo, inclusive fortalecendo relações preexistentes caso o familiar ou amigo se mostre receptivo à nova identidade do sujeito. As possibilidades de isto ocorrer são ainda maiores se a revelação for feita de forma sensível, gerando uma conversa franca sobre homossexualidade. Para Cohen e Savin-Williams (1996), no entanto, a melhor forma de prever a consequência da assunção da homossexualidade é a qualidade da relação anteriormente estabelecida entre o homossexual e o indivíduo que recebe a notícia. De acordo com Sophie (1987), a reação das pessoas para as quais o homossexual se assumiu também são extremamente importantes no que se refere ao estabelecimento de uma identidade gay positiva: reações favoráveis tendem a promover a auto-aceitação do sujeito, enquanto respostas negativas geram uma fonte adicional de estresse para o indivíduo, podendo, em muitos casos, potencializar sentimentos de preconceito internalizado.

Estes processos de revelação, por sua vez, facilitam a saída de uma suposta heterossexualidade presumida pelas demais pessoas, assim como das obrigações sociais que uma identidade heterossexual acarretaria (por exemplo, casar, ter filhos, etc.). A rejeição de uma heterossexualidade cultural é estressante tanto para o indivíduo que foi socializado neste modelo quanto para sua rede social, que tem, a partir deste momento, suas expectativas violadas. Quando reconhecem pela primeira vez sua orientação sexual, a maioria dos homossexuais precisa de tempo

para se acostumar com o fato. O mesmo ocorre com amigos e familiares heterossexuais, muitos dos quais podem ficar extremamente surpresos ao descobrir que uma pessoa da qual eles gostam é homossexual. Para poder mudar expectativas fomentadas durante anos eles precisam de tempo, informação e compreensão. Informação adequada também é importante no que se refere à “causa” da homossexualidade, pois com frequência pais de homossexuais, sentindo-se culpados, se perguntam “aonde foi que erraram”, reproduzindo o estereótipo de que relações familiares disfuncionais provocam homossexualidade. Estas idéias, correntes no senso comum, são um dos pilares das terapias de conversão (sobre as quais nos debruçaremos mais adiante), não obstante terem sido sistematicamente refutadas por uma série de estudos.

Assumir-se homossexual tem efeitos extremamente benéficos para o indivíduo tanto a nível psicológico quanto físico, pois diversos estudos (e. g. DiPlacido, 1998) revelaram que a supressão de sentimentos e pensamentos, e o fato de guardar segredos, estão relacionados a diversos sintomas cujo acúmulo pode prejudicar a saúde total do sujeito. Homossexuais não-assumidos são obrigados a levar vidas duplas, constantemente negando quem eles são e quem realmente amam. Isto prejudica suas possibilidades de terem relações sexuais/emocionais estáveis, uma carreira no trabalho e também na luta por direitos (Ecoffier, 1997). Ao revelar sua identidade gay, o indivíduo está se comportando de acordo com seus princípios e ética pessoal, ao mesmo tempo em que arrisca perdas sociais e a sofrer possíveis agressões físicas. Por outro lado, caso decida manter silêncio sobre sua sexualidade, ele pode experimentar vergonha por ter sido covarde e anti-ético com relação ao *self* (Kates, 1998). De fato, se a vitimização silenciosa anterior à revelação tem altos custos psíquicos, assumir-se publicamente como homossexual também abre caminho para uma série de eventos negativos, que podem ir desde reprovação social ao preconceito e à discriminação.

A assunção da homossexualidade parece ser um dos processos de aprendizagem social mais importantes na vida de um homossexual, incluindo eventos de desenvolvimento tais como a auto-aceitação da própria sexualidade e a consolidação de uma identidade homossexual positiva (Wilson, 1999). Um destes eventos pode ser descrito como o questionamento das crenças e normas sociais, ao passo que o preconceito sexual é progressivamente exposto e rotulado como um problema. Desta forma, é possível entender a assunção como a desaprendizagem

de crenças antigas e auto-destrutivas impostas pela sociedade. Uma vez que estas crenças e as atitudes que as acompanham são parcialmente erradicadas, novas crenças podem substituí-las. Esta mudança também é interessante porque ela com frequência representa uma inversão significativa da ordem convencional: os homossexuais e sua subcultura são agora vistos como algo positivo (Nunan & Jablonski, 2002). Em alguns casos, este processo de inversão progride além da aceitação de si mesmo e de outros gays para incluir o desprezo aos heterossexuais, que passam a ser rotulados de preconceituosos ou pouco esclarecidos. Se levarmos em consideração que estes indivíduos foram estigmatizados pela sociedade e por si mesmos durante anos, fica fácil entender porque após se assumirem eles precisam manter crenças firmes com relação ao “ser gay”, à opressão e ao assumir-se (Kates, 1998).

Evento marcante no caminho da aquisição de uma identidade positiva, a assunção da homossexualidade pode ser entendida também como um complexo processo de ressocialização em direção à auto-aceitação. Tal como postulamos anteriormente, a assunção e a auto-aceitação da homossexualidade são processos longos e não-lineares, freqüentemente durando a vida toda do sujeito e repetindo-se a cada nova situação social (Hicks, 2000; Weeks, 1977). Ao contrário de membros de grupos estigmatizados com base em raça ou religião, os gays não estão expostos a apoio e atitudes protetoras por parte de suas famílias. Homossexuais com freqüência são criados por pais heterossexuais e socializados *como* heterossexuais em ambientes que promovem o preconceito sexual (Pecheny, 2004). Desta forma, até se assumirem, muitos homossexuais não possuem acesso a um grupo de referência afirmativo (tal como a comunidade gay) e a modelos sociais que os ajudem no desenvolvimento de uma identidade sócio-sexual positiva. De acordo com Gross (1996), por exemplo, muitos homossexuais que ainda não entraram em contato com a comunidade gay possuem modelos profundamente estereotipados do que significa ser homossexual, a maioria dos quais se baseia em imagens distorcidas veiculadas pelos meios de comunicação de massa. Apesar de não entrarmos em detalhes a respeito do tema da representação dos homossexuais na mídia, visto este ser um assunto amplo demais para o escopo deste estudo, precisamos, no entanto, tecer alguns breves comentários.

De acordo com o que foi desenvolvido em Nunan (2001), a formação da identidade homossexual é fortemente influenciada pela modo através do qual este

setor da população é representado nos meios de comunicação de massa. Segundo Lukenbill (1999), a visibilidade dos homossexuais é maior hoje do que em qualquer outro período da história e, desde o aparecimento da AIDS²¹ na década de 80, eles vêm ganhando cada vez mais espaço na mídia. Isto não quer dizer, no entanto, que um grande número de imagens sejam apresentadas ou que estas estejam livres de estereótipos negativos (Bowes, 1996; Wardlow, 1996). De acordo com Gross (1996), os homossexuais têm sido praticamente invisíveis na mídia, exceto quando são mostrados como vítimas (de violência ou ridículo) ou vilões, papéis estes reforçados pela epidemia da AIDS. Falando sobre os meios de comunicação de massa este autor diz:

Não apenas eles quase sempre nos mostram como fracos e bobos, ou maus e corruptos, mas eles excluem e negam a existência de gays e lésbicas normais, não-extraordinários. Gays comuns, em papéis que não estão centrados no seu desvio como uma ameaça à ordem moral que deve ser contrarrestada através do ridículo ou da violência física, raramente são apresentados na mídia. (...) A representação estereotipada de gays e lésbicas como anormais e a supressão de imagens positivas ou “não-extraordinárias” serve para manter e policiar as fronteiras da ordem moral. (Gross, 1996: 154; tradução nossa)

Kushner (1997) concorda com este raciocínio, afirmando que quase não existem imagens de homossexuais bem-sucedidos, felizes ou levando uma vida familiar “comum”, embora esta situação venha mudando a partir da década de 90. Desta forma, aos poucos têm surgido filmes²², séries de televisão²³, novelas e programas de entrevistas que apresentam o homossexual como uma pessoa comum ou seja, “*uma pessoa bonita, com família, sucesso profissional, dinheiro, dignidade e auto-estima.*” (Gonçalves, 2000: 49). De acordo com Aronson

²¹ O papel da epidemia da AIDS na visibilidade dos homossexuais será discutido em maior profundidade logo a seguir.

²² Vale lembrar que o cinema pode ser considerado como um dos meios de comunicação que menos estereotipa os gays, favorecendo muitas vezes uma discussão franca sobre o que significa ser homossexual. Diversas pessoas acreditam, por exemplo, que o filme *Philadelphia* (Jonathan Demme (dir.), United States, 1993), diminuiu mais preconceitos do que qualquer lei ou campanha educacional jamais conseguiria.

²³ Entre as séries norte-americanas cujos personagens principais são homossexuais podemos citar, dentre outras, *Queer as Folk* (sobre homossexuais masculinos, é baseada na série inglesa com o mesmo nome), *The L Word* (sobre lésbicas) e *Will & Grace*. Um número muito maior de séries, no entanto, apresenta personagens gays em papéis secundários, ao passo em que recentemente também começaram a ser produzidos *reality shows* voltados para o público homossexual, tais como *Queer Eye for the Straight Guy* (um fenômeno de audiência nos Estados Unidos). Além das séries, também existem canais de televisão voltados para gays, lésbicas e bissexuais, dentre os quais citamos *PrideVision* (Canadá, lançado em 2001), *Gay.tv* (Itália, 2002), *Here!* (Estados Unidos, 2004), *G Channel* (internacional, 2004), *Maleflicxxx Television* (Canadá, 2004), *PinkTV* (França, 2004), *Logo* (Estados Unidos, 2005) e *For Man* (Brasil, 2005).

(1999), a mídia é, para muitos indivíduos, uma importante fonte de informação sobre o mundo. Neste sentido, imagens pouco realistas de minorias sexuais têm um efeito nocivo porque promovem a ilusão de que estas pessoas não experienciam alegrias, problemas do dia a dia ou emoções humanas. Por outro lado, a falta de modelos positivos nos quais os homossexuais possam se espelhar gera sentimentos de profunda inferioridade e alienação, limitando igualmente seus projetos de vida. Assim, se a representação na mídia pode ser um caminho para a legitimidade dos homossexuais, uma representação estereotipada tem implicações sérias: ela afeta não só a sociedade heterossexual como também as imagens que os gays possuem deles mesmos (Chasin, 2000).

As novas conexões formadas dentro da comunidade gay não só favorecem o desenvolvimento de um identidade sócio-sexual positiva livre dos estereótipos veiculados pela mídia, como ajudam o sujeito a redefinir valores sociais e encontrar oportunidades alternativas para intimidade e família (Meyer & Dean, 1998). Por outro lado, assumir a homossexualidade também pode ser considerada uma forma voluntária de auto-estigmatização: ao definir sua sexualidade pela escolha de membros de seu mesmo sexo biológico, os homossexuais masculinos são identificados com as mulheres e vistos como inferiores por causa disto. Assim, um interessante paradoxo emerge quando da criação da identidade homossexual, pois ela simultaneamente erotiza e viola a masculinidade.

Segundo Kates (1998), a assunção da homossexualidade também está intimamente relacionada com uma mudança nos padrões de consumo dos sujeitos: estes passam a freqüentar lugares de socialização homossexual, privilegiam serviços e produtos especificamente direcionados a este público e muitos mudam sua aparência externa. A explicação para este fenômeno seria que quando um determinado indivíduo decide assumir sua homossexualidade ele está ciente de ter “subvertido” sua masculinidade e sua posição (social e política) dominante, outorgada aos homens em nossa sociedade. Assim, usar roupas chamativas ou tingir o cabelo, por exemplo, são vistas como rupturas pouco importantes das normas sociais. Dito de outra forma, a assunção libera o indivíduo para experimentar com determinados comportamentos de consumo, ao passo que, simultânea e paradoxalmente, estereotipa o homossexual.

3.2.2

A epidemia de AIDS e seu papel na visibilidade dos homossexuais masculinos

A visibilidade da homossexualidade, no Brasil assim como no mundo ocidental, foi marcada pela irrupção da epidemia de AIDS na década de 80, tornando-se um marco histórico, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. Com a chegada oficial da AIDS no Brasil nos primeiros meses de 1983²⁴, houve uma necessidade de mobilização em regime emergencial. Os poucos grupos de militância homossexual disponíveis naquele momento concentraram seus esforços na organização de um sistema de prevenção e atendimento às vítimas da epidemia, que, até o final dos anos 80, ainda se caracterizava como uma “doença homossexual”, também chamada de “peste gay” ou “câncer gay”. Esta mobilização, por sua vez, teve impactos positivos na relação entre o movimento homossexual e o Governo Brasileiro, que a partir deste momento se une a estes grupos (muitos dos quais passaram a se autodenominar *Organizações Não-Governamentais* – ONGs) para combater a doença.

De acordo com Greenberg (1988), os gays enfrentaram a crise da AIDS veiculando informações sobre “sexo seguro”, levando uma vida sexual menos ativa, desenvolvendo redes de apoio mútuo, levantando capital para pesquisas e tratamentos, e combatendo a discriminação. Segundo Parker (1999), estes esforços geraram um maior sentimento de coesão social e começou-se a falar, talvez pela primeira vez, em *comunidade homossexual*. Neste sentido, de acordo com Costa (1992), a luta contra a AIDS e a luta pelo direito à livre expressão social da homossexualidade tornaram-se, praticamente, a mesma coisa. Combatendo-se a AIDS combate-se o preconceito, e a luta contra a morte biológica acaba se transformando na luta contra a morte social. Em vez de se deixarem discriminar os homossexuais tomaram as rédeas da situação, demonstrando a incapacidade da sociedade de lidar com as diversas expressões da sexualidade humana. “*Graças à AIDS, nunca se falou tão abertamente da homossexualidade, o que trouxe efeitos positivos para a luta pelos direitos homossexuais e sua necessária visibilidade social.*” (Trevisan, 2000: 370).

²⁴ De acordo com Cruz e Vieira (1999), o primeiro caso de AIDS no Brasil foi diagnosticado em 1980, em São Paulo.

Apesar da AIDS ter dado visibilidade aos homossexuais, esta súbita notoriedade esteve de início ligada a preconceitos e estereótipos. Chamava-se a atenção para o comportamento desregrado e promíscuo dos homossexuais e tentava-se excluir aqueles que representavam o perigo e a decadência. Assim, durante os seus primórdios, o vírus acabou reforçando uma visão moralista da sexualidade (Barcelos, 1998). Visto que os primeiros casos diagnosticados e noticiados ocorreram entre homossexuais acreditou-se, inicialmente, que o vírus fosse um problema exclusivo de gays, e a AIDS chegou a ser chamada de *Gay Related Imunodeficiência* (Imunodeficiência Relacionada à Homossexualidade). Posteriormente, com a criação do conceito de *grupo de risco* (que incluía homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis) os gays foram ainda mais estigmatizados. “*Mais do que carregar o vírus, o sujeito contaminado passa a portar uma marca simbólica que o coloca imediatamente na posição paradoxal de vítima e culpado.*” (Barcelos, 1998: 71).

De acordo com Sontag (1989), a *peste* é a principal metáfora associada à AIDS, pois para que uma doença seja considerada uma peste ela não precisa, necessariamente, levar à morte imediata, apenas ser encarada como um castigo. Segundo Lerner (citado por Aronson, 1999), este raciocínio é motivado por um desejo de ver o mundo como um lugar justo, onde as pessoas recebem aquilo que merecem²⁵. No caso, a epidemia veio para condenar os homossexuais e sua “sexualidade desviante”. A natureza, em última instância, estaria se vingando de sujeitos com comportamentos antinaturais. Para indivíduos religiosos a AIDS seria uma punição divina pelo pecado da homossexualidade (Paul e cols., 1995). Outros aspectos que fazem com que a AIDS seja entendida como uma peste são suas conseqüências para os doentes terminais: seus corpos cadavéricos e cobertos de manchas tornam-se repulsivos. A epidemia castiga o comportamento dos homossexuais ao mesmo tempo em que põe em risco toda a sociedade, ameaçando inocentes.

O fato da AIDS ser uma doença transmitida principalmente pela via sexual, expõe e coloca em perigo aqueles que são sexualmente ativos e, portanto, é facilmente encarada como um castigo à sexualidade exercida sem limites. Neste caso, contrair a doença por esta via parece que determina uma culpa maior ao sujeito. Por não ter se controlado, sua contaminação é entendida como um

²⁵ Este conceito de Lerner será desenvolvido com maiores detalhes no capítulo intitulado *Preconceito Sexual Contra Homossexuais*.

comportamento suicida. Para o homossexual, esta interpretação é agravada uma vez que sua prática sexual é considerada antinatural. (Barcelos, 1998: 71-72)

Atualmente a AIDS está presente em todos os grupos sociais e o conceito *grupo de risco* foi substituído pelo de *comportamento de risco*. No entanto, o imaginário popular ainda relaciona essa doença com a homossexualidade, pois foi entre os homossexuais onde ela de início se tornou mais visível (Messeder, 2004). Por este motivo é que a AIDS é ao mesmo tempo reveladora e estigmatizante. O pânico provocado pela “peste gay” tem a ver com suas possibilidades de revelar quem é homossexual. A metáfora de que a homossexualidade pega tornou-se quase real: pegar AIDS significaria ter tido contato com o desvio (Trevisan, 2000). Chasin (2000) menciona ainda uma idéia importante: apesar das campanhas de saúde pública terem ajudado a população a entender que a AIDS não é uma doença gay, elas não retiraram o estigma da homossexualidade. Em outras palavras, a educação e a informação fizeram pouco para diminuir o preconceito.

Não obstante estas conseqüências negativas, a AIDS incitou uma discussão que vai além da doença em si, suas formas de contágio e prevenção, entrando em assuntos tais como moralidade e diferença sexual. Neste sentido, a epidemia ofereceu à sociedade contemporânea elementos inestimáveis para a educação da sexualidade, da sensibilidade e do desejo: escolas, instituições médicas, famílias, mídia, governo e Igreja foram obrigados a discutir a sexualidade humana de forma aberta. Dado que campanhas de saúde pública pareciam ser a melhor opção para combater a epidemia, a informação sobre a AIDS se concentrou na adoção de técnicas de sexo seguro, gerando uma discussão pública sem precedentes a respeito de práticas e preferências sexuais (Greenberg, 1988). A discussão de práticas sexuais não-reprodutivas, desvinculou, definitivamente, o prazer da procriação, colocando em xeque a suposta naturalidade da heterossexualidade. Nunca se discutiu tanto a homossexualidade como nos tempos da AIDS: aquilo que o movimento homossexual não conseguira em duas décadas, o vírus fez em poucos anos de existência.

De fato, graças à AIDS, qualquer cidadão/ã de todas as idades, nos locais mais distantes e independentemente de sua orientação sexual, pôde se informar, de maneira inédita pelo constante impacto, o *que é ser homossexual, como se*

pratica a homossexualidade e, mais ainda, *onde* homossexuais se encontram. (Trevisan, 2000: 463)

Por outro lado, tal como discutido acima, o vírus da AIDS veio à luz na vida brasileira com todas as implicações de metáfora da “homossexualidade-doença”, provocando ressonâncias na estrutura emocional dos homossexuais, agora transformados em algozes da humanidade. Além de perderem amigos e companheiros (alguns segmentos da população homossexual foram praticamente dizimados pela AIDS), os gays tiveram que lidar com um aumento da violência e do preconceito contra eles (Greenberg, 1988). Apesar da AIDS não ser mais “doença de homossexual”, ela continua a ser uma preocupação extremamente importante para estes sujeitos. Adultos jovens que estão começando a se identificar como homossexuais precisam lidar com preocupações relacionadas à AIDS que afetam profundamente a sua identidade: aceitar a idéia de que terão de se prevenir contra esta doença para o resto de suas vidas; medo de se contaminar a cada nova relação; convivência com a ameaça de doença, morte e perigo; medo de que a AIDS venha “expor” sua homossexualidade; além de ter que lidar com a crença (por parte de muitos heterossexuais) de que todo gay é HIV-positivo. Todas estas circunstâncias dificultam enormemente uma atitude positiva em relação à própria sexualidade e, de acordo com Terto Jr. (1996), a partir deste momento saúde e morte são dois termos que passam a orientar os prazeres homossexuais. Neste sentido, também devemos ressaltar a importância da condição de soropositividade e sua relação com o estigma sofrido pelos homossexuais.

Aliás, a soropositividade tem muitos elementos em comum com a homossexualidade: o silêncio, o segredo, a revelação ou o assumir-se, o desconhecido, a solidão, a ameaça de rejeição, repressão de si e da afetividade. (Terto Jr., 1996: 100)

Acreditamos, desta forma, que o impacto da AIDS entre os homossexuais é um fator de extrema importância na compreensão da visibilidade gay, da identidade deste setor da população e do preconceito ligado a esta orientação sexual.

3.3

Identidade homossexual no Brasil e nas culturas latinas

Abordar a identidade homossexual no Brasil torna-se extremamente difícil devido à escassez de estudos nesta área: mesmo dentre aquelas pesquisas que tratam de gênero ou masculinidade, poucas entram em detalhes sobre a particularidade da identidade gay nas culturas latinas (Mirandé, 1997). Não obstante este entrave teórico, acreditamos que uma breve análise das contribuições de autores que tratam do assunto possa nos auxiliar, posteriormente, na compreensão dos discursos dos nossos entrevistados.

Em primeiro lugar, devemos mencionar que, na cultura ocidental, a identidade masculina está associada à atividade, ao fato de possuir, tomar, penetrar, dominar e se afirmar, se necessário pela força. A identidade feminina, à passividade, docilidade e submissão (Badinter, 1992). Dentro desta lógica, a homossexualidade (que é uma “dominação” do homem pelo homem) é considerada ou uma doença mental ou uma perturbação da identidade de gênero que ameaça a manutenção da superioridade social do sexo masculino. Examinando este assunto a partir dos conceitos da Psicologia Social podemos dizer que a divisão dos seres humanos em *mulheres passivas* e *homens ativos* seria uma espécie de *ideologia inconsciente*. De acordo com Daryl e Sandra Bem (1970), ideologia inconsciente é um grupo de crenças que aceitamos implícita e inconscientemente porque não conseguimos sequer pensar em concepções alternativas do mundo. Dado que a nossa concepção de masculinidade é heterossexual, a homossexualidade desempenha o papel de contraste, e sua imagem negativa reforça o aspecto positivo e desejável da heterossexualidade. Assim, a homossexualidade seria um símbolo negativo da identidade masculina. “*Ser homem significa não ser feminino; não ser homossexual; não ser dócil, dependente ou submisso; não ser efeminado na aparência física ou nos gestos; não ter relações sexuais nem relações muito íntimas com outros homens...*” (Badinter, 1992: 117). Visto que nas sociedades patriarcais a masculinidade é identificada com a heterossexualidade, o preconceito sexual passa a desempenhar um importante papel no sentimento de identidade masculina: deixa claro quem não é homossexual.

Nas culturas latinas,²⁶ homossexual não é o homem que tem relações sexuais com outros homens, mas aquele que é visto como passivo. “*Enquanto praticada na sua forma ativa, a homossexualidade pode ser considerada pelo homem como um meio de afirmar seu poder; sob sua forma ‘passiva’, ela é, ao contrário, um símbolo de decadência.*” (Badinter, 1992: 118). Em outras palavras, a homossexualidade seria definida não pela escolha do objeto sexual, mas pela distribuição de poder e dominação na relação sexual. Fry e MacRae (1983) também apontam para este tema quando colocam que o sistema de gêneros brasileiro, hierarquicamente estruturado, divide os homossexuais em duas categorias: o *homem* (o homem “verdadeiro”) e a *bicha*. Esta oposição binária espelha as categorias de gênero predominantes e definidas heterossexualmente (o *homem* e a *mulher*) nas quais, durante a relação sexual, o homem é considerado *ativo* e dominante (pois penetra) e a mulher *passiva* e dominada (pois é penetrada).

Construída com base na percepção da diferença anatômica, é essa distorção entre atividade e passividade que estrutura mais claramente as noções brasileiras de masculinidade e feminilidade e que tem servido tradicionalmente como o princípio organizador para um mundo muito mais amplo de classificação sexual da vida brasileira atual. (Parker, 1992: 70)

Segundo este modelo, nas relações eróticas homossexuais, o *homem* (na gíria conhecido como *bofe*), assume o papel ativo no ato sexual e penetra seu parceiro. O indivíduo efeminado (a *bicha*), considerado passivo, é penetrado. A passividade sexual da *bicha* atribui-lhe a posição social inferior da mulher, e enquanto o homem passivo é estigmatizado e considerado socialmente desprezível, aquele que assume o papel ativo não o é. “*Desde que ele mantenha o papel sexual atribuído ao homem ‘verdadeiro’, ele pode ter relações sexuais com outros homens sem perder seu status social de homem.*” (Green, 1999: 28).²⁷ O

²⁶ Mirandé (1997) discorda, afirmando que este padrão cultural também ocorre em alguns contextos anglo-saxões específicos, particularmente entre homens de classe baixa e dentro do sistema penitenciário.

²⁷ Este fenômeno aparece de uma forma particularmente clara no caso dos *michês*, isto é, jovens rapazes (geralmente de classe baixa) que se prostituem homossexualmente. Assim, os *michês* são capazes de ter relações homossexuais sem se definirem como gays, contanto que assumam o papel ativo e sejam pagos pelo sexo. Muitos destes rapazes, por exemplo, dizem que são heterossexuais e que só têm relações com outros homens porque precisam do dinheiro (Gorman e cols., 1995). Neste sentido, não nos deve surpreender o fato de que grande parte dos assassinatos de

homem que é penetrado, por outro lado, perde a sua masculinidade, visto que o problema é ser *passivo* (perder a virilidade), não ser *homossexual*. Misse (1979) proporciona uma explicação para este fenômeno quando afirma que o homem passivo ameaça a ordem social, visto que abdica do poder e prestígio associados ao sexo masculino. Dito de outra forma, em determinados setores da sociedade brasileira, os papéis sexuais são muito mais importantes do que o parceiro sexual. A *bicha* atua como um indicador que diferencia seu comportamento “desviado” do comportamento masculino “normal” de um homem “verdadeiro”. Pela sua oposição à norma, o estereótipo do homem passivo e efeminado define o homem ativo e viril.

No caso mais específico do Brasil, podemos dizer, de acordo com Green (1999), que uma conexão entre prostituição, efeminação e homossexualidade persistiu no país até a segunda metade do século XX, quando surgiram noções alternativas de identidade sexual. Mesmo que esta representação não tenha sido compartilhada por todos os membros da subcultura homossexual, a elevada saliência cultural do gênero e a visibilidade de maneirismos, vestimentas e cortes de cabelo fizeram com que muitos observadores considerassem a efeminação como um componente central da homossexualidade. Por sua vez, autores como Trevisan (2000) apontam para a existência de uma identidade homossexual brasileira anterior à década de 40. A partir deste momento começa-se gradualmente a deixar de lado a dicotomia *ativo-passivo* ou *homem-bicha*, para caminhar em direção a uma identidade *homossexual-homossexual*, isto é, o modelo hierárquico anterior é substituído por um modelo simétrico de interação sexual (Fry, 1982). Nos anos 60, homossexuais que passaram a adotar esta identidade mais igualitária (isto é, baseada na escolha do objeto e não em papéis sexuais) passaram a ser chamados de *entendidos*, esta palavra sendo substituída pelo termo *gay* com o movimento homossexual de 1970. Após a década de 80, com a emergência da epidemia da AIDS, os termos *homossexual*, *bissexual* e *homossexualidade* começaram a ser cada vez mais utilizados (sobretudo por membros das classes populares) como uma forma de organizar a experiência sexual.

homossexuais com requintes de crueldade sejam cometidos por *michês* que, por uma razão ou outra, acreditam ter tido sua masculinidade violada (Mott & Cerqueira, 2001).

A urbanização, a expansão da classe média, uma contracultura endógena, mudanças nas relações de gênero, influências culturais gays internacionais, tudo isso contribuiu para a construção dessa nova identidade, que era semelhante à identidade gay que se desenvolveu nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940. (Green, 1999: 29)

Ao que parece, os dois padrões coexistiriam atualmente no Brasil: homens de classe baixa e de zonas rurais ainda moldam seu comportamento sexual de acordo com a tradicional divisão *ativo-passivo* (ou *homem-bicha*), enquanto muitos homossexuais urbanos de classe média adotam o que conhecemos como *identidade gay* (Parker, 1999).

4

Definindo o Preconceito

4.1

Definições gerais

O preconceito, entendido como um constructo científico autônomo, começou a ser estudado atentamente por psicólogos na década de 20 (Duckitt, 1992).²⁸ A partir de então, as causas e conseqüências do preconceito têm sido sistematicamente investigadas por diversos autores, entre eles o norte-americano Gordon Allport que em 1954 publicou seu livro clássico *The Nature of Prejudice* (Allport, [1954] 1979). Este autor mencionou a influência de traços de personalidade, emoções e cognições no aparecimento do preconceito, mas grande parte dos estudos recentes parece aceitar a idéia de que um dos fatores mais relevantes no que concerne ao preconceito é de que ele é histórica e socialmente construído:

... segregação, preconceito e discriminação (...) não são resultados inevitáveis de processos biológicos ou cognitivos. Argumentamos, pelo contrário, que eles refletem a emergência histórica de comportamentos e sistemas de crenças específicos que equacionam diferenças físicas e culturais com “bondade” ou “maldade” dentro da espécie humana. Tais comportamentos e crenças surgirão apenas como uma conseqüência de histórias de opressão particulares. (Gaines & Reed, 1995: 101; tradução nossa)

De forma sucinta, podemos definir o *preconceito* como uma atitude hostil ou negativa²⁹ para com determinado grupo, baseada em generalizações deformadas ou incompletas (Aronson, 1999). Esta generalização (ou representação mental) é chamada *estereótipo* e significa atribuir características

²⁸ Um sem número de teorias distintas têm sido elaboradas para explicar o preconceito, cada uma destas focalizando determinados aspectos do fenômeno. Apesar de não existir um modelo teórico único que integre todas estas abordagens, o preconceito será analisado neste estudo tomando por base definições com as quais a maioria dos psicólogos sociais parece concordar.

²⁹ Teoricamente, o preconceito também pode ser positivo, isto é, um indivíduo pode ter preconceito *a favor* de homossexuais; tema que será investigado com maior profundidade no *Estudo de Campo*. Vale ressaltar, contudo, que o termo preconceito é utilizado pela maioria dos psicólogos sociais e pela população leiga para se referir a atitudes negativas.

personais ou motivos idênticos a qualquer pessoa de um grupo, independentemente da variação individual existente entre os membros deste³⁰. Os estereótipos são ao mesmo tempo a causa e a consequência do preconceito e ambos (estereótipo e preconceito) geram *discriminação* contra o grupo alvo, apesar de poder haver discriminação independente destes dois fatores (Augoustinos & Walker, 1995). No que se refere à discriminação, esta pode ir desde um tratamento diferenciado, passando por expressões verbais hostis e de desprezo, chegando ou não a atos manifestos de agressividade. Em outras palavras, podemos dizer que o preconceito é uma atitude que englobaria três componentes: o *afeto* (sentimentos ou emoções em relação a um grupo de indivíduos), a *cognição* (os estereótipos) e o *comportamento* (a discriminação). Fiske (1998), por exemplo, distingue entre dois tipos de discriminação: *quente* e *fria*. Discriminação *quente* seria aquela baseada em repulsa, ressentimento, hostilidade e raiva, comum, por exemplo, entre religiosos fundamentalistas³¹ e indivíduos com traços autoritários. A discriminação *fria*, por sua vez, é frequentemente baseada em estereótipos relativos aos interesses, conhecimentos e motivações do membro do grupo minoritário. Exemplos deste fenômeno podem ser encontrados em muitos casos de discriminação trabalhista, onde determinados indivíduos não são contratados ou promovidos devido a estereótipos relativos a seu grupo social. Assim, um homem pode deixar de ser contratado como professor de uma creche porque não possuiria “instinto maternal”. Apesar de não haver unanimidade em torno dessas divisões, acreditamos que elas são de extrema importância, e uma análise separada dos conceitos de estereótipo e rótulo será indispensável para uma compreensão adequada do preconceito contra os homossexuais.

³⁰ O conceito de estereótipo será analisado em maior detalhe abaixo. Não obstante, remetemos o leitor especificamente interessado neste tema ao excelente trabalho de Pereira (2002).

³¹ O *fundamentalismo religioso* pode ser definido como “a crença de que existe um grupo de ensinamentos religiosos que contém claramente a verdade fundamental, básica, intrínseca, essencial e inequívoca sobre a humanidade e Deus (...) (e) que esta verdade deve ser seguida nos dias de hoje de acordo com práticas fundamentais e imutáveis do passado.” (Altemeyer & Hunsberger, 1992: 118; tradução nossa; parênteses nossos). Segundo Friedman e Downey (1994), uma religiosidade fundamentalista é frequentemente acompanhada por preconceito e baixos índices de aceitação de indivíduos, crenças ou valores que sejam diferentes de uma visão moral percebida como superior.

4.2

Estereótipo e rótulo

Etimologicamente, o termo *estereótipo* deriva de duas palavras gregas: *stereos* (que significa “rígido”) e *túpos* (“traço”). De acordo com Augoustinos e Walker (1995), a palavra foi cunhada em 1798 em referência a um processo de impressão, sendo utilizada em seu sentido atual pelo jornalista norte-americano Walter Lippman apenas em 1922. Na impressão, o estereótipo é um molde de metal utilizado para fazer imagens repetidas e idênticas de um caracter em um pedaço de papel. Assim, Lippman usou o termo por analogia, referindo-se ao modo pelo qual as pessoas aplicam o mesmo caracter à impressão que têm de determinados grupos de indivíduos.

... o termo refere-se a crenças compartilhadas acerca de atributos – geralmente traços de personalidade – ou comportamentos costumeiros de certas pessoas ou grupos de pessoas. Mais especificamente, **seja através de uma representação mental de um grupo social e de seus membros, ou de um esquema – uma estrutura cognitiva que representa o conhecimento de uma pessoa acerca de outra pessoa, objeto ou situação – tendemos a enfatizar o que há de similar entre pessoas, não necessariamente similares, e a agir de acordo com esta percepção.** (Rodrigues e cols., 2000: 152)

O estereótipo, em si, pode ser entendido como um comportamento funcional e adaptativo, pois com frequência é uma forma de simplificar e agilizar nossa visão do mundo, julgando pessoas ou situações em termos de categorias (Paul, 1998). Como vivemos sobrecarregados de informações, tendemos a nos poupar de gastos desnecessários de tempo e energia cognitivas e utilizamos o estereótipo como um atalho para entender o complexo mundo que nos rodeia, particularmente quando estamos em situações ambíguas, apressados, distraídos, preocupados, inseguros, cansados, emocionalmente excitados, quando somos jovens demais para absorver a diversidade ou se estamos julgando indivíduos desconhecidos. Assim, este atalho pode ser correto, incorreto, positivo, neutro ou negativo. A consequência negativa do estereótipo, no entanto, está nas generalizações incorretas que rotulam as pessoas e não permitem que estas sejam enxergadas (e tratadas) como indivíduos singulares com características próprias,

negando-lhes direitos morais e legais. Neste sentido, o estereótipo também pode ser analisado como uma forma de controle social (Barcelos, 1998).

Como nos aponta Devine (1989), tanto indivíduos preconceituosos como aqueles que não o são estão amplamente familiarizados com os estereótipos utilizados para rotular determinados grupos sociais. Desta forma, esta autora distinguiu entre o que ela cunhou de *ativação automática* e *ativação controlada* de estereótipos. A ativação automática ocorreria da seguinte maneira: visto que alguns estereótipos são amplamente disseminados na nossa cultura, estes sobrevêm à nossa mente assim que nos deparamos com certas pessoas. Após este processo automático, no entanto, um indivíduo não-preconceituoso pode conscientemente refletir sobre o que acabou de pensar sobre aquela pessoa e reavaliar sua primeira impressão. Neste caso, o indivíduo teria entrado na ativação controlada do estereótipo, impedindo que este prossiga adiante e se transforme em discriminação. Deve ficar claro, no entanto, que mesmo após o controle do estereótipo é possível que este apareça (muitas vezes com força redobrada) através de comportamentos não-verbais tais como expressões, postura, contato visual e a distância física que colocamos entre nós mesmos e certos indivíduos. Estudos conduzidos por outros autores (e.g. Augoustinos & Walker, 1995) sugerem uma alternativa a este modelo teórico, afirmando que estereótipos são automaticamente ativados por todas as pessoas, mas que indivíduos não-preconceituosos ativariam tanto estereótipos positivos quanto negativos, ao contrário de indivíduos preconceituosos que ativariam apenas estereótipos negativos. Em outras palavras, as representações mentais que ambos sujeitos têm são diferentes.

Faz-se importante aqui uma definição mais apropriada do termo *rótulo*, utilizado acima, pois este é, na verdade, um tipo particular de estereótipo³². Assim, facilitamos nossas relações interpessoais se atribuirmos aos outros determinados rótulos que nos permitam antecipar certos comportamentos. Atribuir um rótulo a um indivíduo distorce nossa percepção, pois nos predispõe a encontrar comportamentos que sejam compatíveis com o rótulo. Segundo Aronson (1999), frente a esta distorção, duas coisas podem ocorrer. Em primeiro lugar, comportamentos que não estejam em harmonia com o rótulo podem passar despercebidos ou serem deturpados para se adequarem a ele. Em segundo, as

³² Apesar dos termos *estereótipo* e *rótulo* possuírem uma diferença sutil, eles serão utilizados, a partir deste momento, como sinônimos.

expectativas ditadas pelo rótulo podem nos fazer agir de tal forma que acabamos por induzir o indivíduo rotulado a se comportar da maneira que esperamos, reforçando o estereótipo inicial. Este fenômeno, que ocorre de forma não-consciente, é denominado *profecia auto-realizadora*.

A chamada profecia auto-realizadora é uma consequência da ação dos esquemas sociais. Consiste na exibição de um padrão de comportamentos, que, guiado por esquemas, faz com que a pessoa alvo deste comportamento seja influenciada por ele e responda de forma coerente com as expectativas. (Rodrigues e cols., 2000: 82)

Como nos aponta Rosenhan (1973), o rótulo influencia enormemente nossa percepção do comportamento de um indivíduo, pois, uma vez atribuído, nós temos a tendência a perceber seus comportamentos de acordo com o rótulo imputado, mesmo diante de fatos que o contradigam. Segundo este mesmo autor, uma das funções do rótulo seria “explicar” o mundo no qual vivemos. Desta forma, rótulos de características de personalidade são imputados a um determinado indivíduo quando a origem ou o estímulo que causaram seu comportamento são remotos ou desconhecidos, ou quando o comportamento parece ser imutável. Por outro lado, quando as origens e o estímulo são conhecidos e se prestam a explicações “racionais”, o discurso se limita ao comportamento em si. Assim, a maioria dos estereótipos (ou rótulos) não se baseia em experiências válidas, mas se originam das posições sócio-econômicas que determinados grupos mantêm na sociedade, além de serem influenciados por boatos ou imagens muitas vezes forjadas pelos meios de comunicação de massa. Indivíduos estereotipados, freqüentemente cientes dos rótulos imputados a seu grupo, acabam por desenvolver um alto grau de apreensão quando entram em contato com outros indivíduos, pois temem que seu comportamento espontâneo acabe por confirmar os estereótipos. A este fenômeno chamamos de *ameaça do estereótipo*. Por outro lado, Greenberg (1988) reconhece que indivíduos e grupos também podem se auto-rotular, rejeitar rótulos imputados a eles ou negociar quais rótulos devem ser aplicados.

Tal como vimos acima, rótulos e estereótipos são uma forma especial de atribuição de causalidade, isto é, na ocorrência de um evento ou comportamento específico as pessoas tendem a atribuir-lhe uma causa. Na maioria das vezes, esta

é uma tendência humana funcional que nos permite ir além da informação disponível no momento e tomar as decisões apropriadas. O problema com este tipo de atribuição é que com frequência a pessoa “adivinha” o que causou o comportamento ou evento, o que pode fazer com que a interpretação seja correta, incorreta, funcional ou disfuncional. Indivíduos preconceituosos ou aqueles que se encontram em situações particularmente ambíguas tendem a fazer atribuições com base em estereótipos. Desta forma, o preconceito parece estar baseado em um círculo vicioso: ele causa tipos particulares de atribuições negativas que por sua vez intensificam o preconceito. Igualmente grave parece ser o estereótipo do papel de gênero ou orientação sexual, posto que, nos casos em que ele é suficientemente forte, os membros do grupo alvo tendem a aceitá-lo e a se comportarem de acordo com as expectativas (Myers, 2000). *“Nossa reputação, independente de ser verdadeira ou falsa, não pode ser martelada, martelada, martelada, na nossa cabeça sem modificar de alguma forma o nosso caráter”* (Allport, [1954] 1979: 142; tradução nossa).

Allport ([1954] 1979) achava que os efeitos da vitimização podiam ser reduzidos a dois tipos básicos: os que envolvem culpar a si mesmo (recolhimento, ódio de si mesmo, hostilidade contra o próprio grupo) e os que envolvem culpar causas externas (retaliação, suspeita, aumento do orgulho grupal). No primeiro caso, o sentimento de desamparo e impotência que atinge o oprimido leva, muitas vezes, a uma diminuição drástica de sua auto-estima, tornando estes indivíduos mais vulneráveis à depressão (Crocker e cols., 1998). Uma pessoa deprimida e com auto-estima abalada acaba por se convencer de que não é igual aos outros cidadãos e de que não merece ter os mesmos direitos destes, sobretudo se o sentimento de inferioridade for acompanhado de culpa. Crocker e Major (1989), por exemplo, descobriram que membros de grupos minoritários que culpam a si mesmos pelas dificuldades que experienciam tendem a possuir uma auto-estima mais baixa do que indivíduos que culpam a sociedade pelos mesmos problemas. Neste sentido, estes autores descrevem a função de auto-proteção de atribuir dificuldades pessoais a causas externas tais como o preconceito. Culpar forças externas pode também gerar outras conseqüências benéficas, tais como a constituição de determinados tipos de comunidade, mas pode igualmente favorecer um aumento de criminalidade por parte do grupo vitimizado. Este tipo

de efeito negativo acaba reforçando e justificando a discriminação do grupo, criando um círculo vicioso de hostilidade.

4.3

Possíveis causas e métodos de redução do preconceito

No que se refere às “causas” do preconceito, podemos classificá-las, didaticamente, em quatro grandes categorias: competição e conflitos econômicos e políticos; o papel do “bode expiatório” (também chamada de “deslocamento de agressividade”); fatores de personalidade; e causas sociais (aprendizagem, conformidade e categorização). A seguir explicaremos, brevemente, cada uma destas teorias.

De acordo com a teoria do *Conflito Grupal Realista*, a competição e os conflitos (econômicos, políticos ou ligados ao status social) são uma poderosa fonte de preconceito, pois quando objetivos antagônicos estão em jogo um determinado grupo tentaria depreciar seu grupo adversário estimulando estereótipos e preconceitos. “*Aparentemente, é mais fácil atacar – sem remorsos – um adversário, se o mesmo for dotado de péssimas características de personalidade, hábitos nocivos ou se for claramente mal intencionado.*” (Rodrigues e cols., 2000: 167-168). Assim, um estereótipo negativo imputado ao adversário justifica a discriminação deste e une os membros *dentro-do-grupo* contra os indivíduos *fora-do-grupo*. O comportamento discriminatório, por sua vez, intensifica os estereótipos e o preconceito.

O papel do *bode expiatório* pode ser compreendido como uma derivação da causa anterior. Uma vez que competições e conflitos econômicos geram raiva, hostilidade, frustração e infelicidade, estes sentimentos negativos precisam ser direcionados a alguém. Na maior parte das vezes, no entanto, a causa objetiva do sofrimento é muito vaga, muito poderosa ou é nossa própria culpa, o que faz com que a raiva acabe sendo deslocada para grupos minoritários visíveis, sem poder, e pelos quais as pessoas que já sintam, de antemão, um grau considerável de repulsa. O termo *bode expiatório*, que designa estes indivíduos que levam a culpa de algo mesmo que sejam inocentes, teria surgido de um costume entre os antigos hebreus. De acordo com Aronson (1999), durante os dias de expiação de culpas da tribo, o sacerdote colocava suas mãos na cabeça de um bode enquanto recitava os

pecados do povo, transferindo-os simbolicamente para o bode. O animal era então abandonado no deserto levando consigo os pecados da tribo e purificando-a de seus erros. Assim, ao encontrar um bode expiatório para levar a culpa de determinados problemas sociais o indivíduo encontra uma explicação “racional” previsível e controlável, além de eximir-se de responsabilidade pessoal, o que por sua vez diminui o sentimento de culpa e eleva a auto-estima (Staub, 1989).

A idéia de que algumas pessoas (devido à educação recebida na infância) estariam mais predispostas a serem preconceituosas tomou forma com a teoria da *Personalidade Autoritária*³³, desenvolvida no período após a Segunda Guerra Mundial por Adorno e colaboradores, apesar da idéia já estar sendo investigada desde 1938 por outros autores (Augoustinos & Walker, 1995). Um indivíduo com personalidade autoritária seria rígido em suas crenças e opiniões, intolerante para com demonstrações de fraqueza (em si e nos outros), pronto a abraçar valores convencionais, desconfiado (de idéias ou pessoas diferentes), propenso a adotar medidas punitivas, respeitoso e submisso a figuras de autoridade de seu grupo, além de rejeitar pessoas que não fazem parte de seu círculo de relações. Para estes pesquisadores, a personalidade autoritária seria resultado de uma infância marcada pelos seguintes acontecimentos:

Quando crianças, tais pessoas teriam sido duramente disciplinadas, com seus pais sendo muito punitivos, usando ainda do artifício de manipular manifestações de afeto para obter respostas de obediência por parte delas. Isso tornaria as crianças inseguras, dependentes e muito ambivalentes para com os próprios pais: amando-os e odiando-os concomitantemente. O ódio reprimido, inconsciente, mais tarde afluaria, só que dirigido a grupos minoritários e desprotegidos. Tal tipo de educação ajudaria a formar um adulto preocupado com questões de status e poder, rígido, intolerante e com dificuldades em lidar com situações de ambigüidade. (Rodrigues e cols., 2000: 170-171)

Dentre as críticas levantadas contra esta teoria podemos citar o fato de que pais preconceituosos tendem a criar filhos preconceituosos, independente do tipo de educação que seja utilizada em casa. Visto que crianças se identificam com seus pais e com freqüência imitam seus comportamentos, não é difícil supor que acabem aprendendo a serem preconceituosas desde cedo, mesmo que não adquiram uma personalidade autoritária no futuro. Apesar das críticas, no entanto,

³³O grau de autoritarismo de um indivíduo em particular pode ser aferido através de um instrumento chamado de *Escala F* (a letra *F* representando a palavra *fascismo*), criado pelo próprio Adorno e seus colaboradores.

estudos recentes têm confirmado a influência do autoritarismo como um traço de personalidade que predispõe a manifestação de preconceitos contra quaisquer grupos minoritários (Myers, 2000).

As causas sociais do preconceito (aprendizagem, conformidade e categorização) sugerem que este fenômeno é criado e mantido por forças sociais e culturais. Assim, de acordo com a *teoria da aprendizagem social*, preconceitos e estereótipos seriam parte de um conjunto de normas sociais, isto é, as crenças de uma sociedade acerca dos comportamentos que são corretos e permitidos. Visto que estas crenças não são universais, o que é aceitável para uma cultura pode não o ser para outra. Os indivíduos aprenderiam desde cedo (em casa, na escola, na Igreja, com amigos e através da mídia e das artes) as atitudes e comportamentos partilhados pela sua comunidade, incluindo, claro, preconceitos e estereótipos, sobretudo se estes forem endossados por leis. De acordo com Monteith (citado por Paul, 1998), por exemplo, crianças de 5 anos de idade já possuiriam estereótipos arraigados sobre determinados grupos sociais (tais como negros, mulheres ou homossexuais), independente da educação recebida em casa.

A *conformidade* seria, na verdade, uma derivação da teoria da aprendizagem social: de tanto experienciarem relações de desigualdade os indivíduos acabam percebendo estas situações como naturais e se conformam com o fato. Com o intuito de ser aceito, não sofrer punições ou realmente acreditar na veracidade destas normas, o indivíduo termina corroborando determinados preconceitos que se perpetuam ao longo do tempo. De acordo com esta teoria, pessoas que são mais conformistas também são mais preconceituosas, sendo o preconceito mais uma coisa com a qual se conformar (Myers, 2000). A teoria da conformidade pode igualmente explicar a correlação entre a personalidade autoritária e o preconceito: visto que indivíduos autoritários tendem a ser mais conformistas no que se refere às normas e valores de sua cultura, seu elevado grau de preconceito poderia ser consequência desta atitude e não de uma estrutura de personalidade específica. Podemos supor, da mesma forma, que a conformidade para com uma norma preconceituosa seja simplesmente resultado da inexistência de informação correta e da preponderância de estereótipos negativos transmitidos através de boatos ou dos meios de comunicação de massa. Dada nossa tendência em aceitar como verdade aquilo que vemos representado com maior frequência (a não ser que existam razões poderosas para que isto não ocorra), torna-se

extremamente difícil levar em consideração informações mais corretas se estas não são apresentadas. Assim, tal como exposto acima, os meios de comunicação de massa e as artes adquirem um papel fundamental na construção e perpetuação de estereótipos, devendo ser levadas em consideração durante qualquer tentativa de análise do fenômeno do preconceito.

Sem dúvida a mídia e as artes são hoje poderosos disseminadores de opiniões e verdadeiros agentes de socialização, e seu peso na transmissão de estereótipos e preconceitos ainda não foi devidamente avaliado, no que toca à sua decisiva ascendência sobre nossos comportamentos e atitudes. (Rodrigues e cols., 2000: 173)

Finalmente, podemos definir *categorização social* como um modo pelo qual processamos psicologicamente informações, categorizando as pessoas (ou fabricando esquemas), o que leva muitas vezes à formação de estereótipos negativos. Dito de outra forma, com o intuito de facilitar nossa compreensão do mundo, o processo de categorização social divide as pessoas em grupos (*os seus próprios* versus *os dos outros*) com a conseqüente discriminação do grupo que não é o seu. Assim, com a motivação de elevar nossa auto-estima, teríamos sentimentos positivos por membros de nosso grupo e sentimentos negativos por membros de outros grupos.

A explicação desses vieses refere-se à força da necessidade do pertencimento social: o engajamento e a implicação emocional com relação ao grupo ao qual pertencemos, conduzem a nele investir sua própria identidade. A imagem que temos de nós próprios encontra-se assim ligada à que temos de nosso grupo, o que nos conduz a defendermos os valores dele. (Jodelet, 1999: 61)

Segundo Tajfel e Turner (1979), a mera percepção de fazer parte de um entre dois grupos distintos (isto é, a categorização social em si) é suficiente para provocar competição e discriminação a favor dos membros *dentro-do-grupo*. Este fenômeno explicaria, em parte, porque o preconceito se apresenta como uma atitude quase universal. Augoustinos e Walker (1995), no entanto, fazem uma importante ressalva: nem todo indivíduo dentro de um grupo se diferencia positivamente de membros de um grupo distinto. Entre grupos estigmatizados (tais como os homossexuais) uma relativa desvalorização intra-grupal não é incomum. Deste modo, talvez o fenômeno da valorização do próprio grupo ocorra

apenas entre indivíduos que pertençam a grupos majoritários ou estereotipados de forma positiva.

Apesar do preconceito ser um fenômeno complexo que apresenta uma série de causas (tanto grupais quanto individuais) interligadas, sabe-se que ele pode ser reduzido através de contato, desde que esta interação ocorra sob determinadas condições (Fiske, 1998; Staub, 1989). Desta forma, o preconceito entre grupos pode ser reduzido quando ambos grupos estão em igualdade de status e buscando objetivos comuns que só podem ser alcançados através de cooperação, sobretudo se estes contatos forem apoiados institucionalmente (através de leis, por exemplo). O processo de cooperação diminui as barreiras entre os grupos na medida em que provoca uma mudança nas categorias cognitivas, isto é, passamos a considerar membros do grupo oposto como fazendo parte do nosso grupo porque precisamos deles para atingir determinados objetivos. Se durante o contato a experiência for positiva de um modo geral, é ainda mais provável que ocorra uma redução no preconceito. Vale ressaltar que a mera veiculação de informações corretas sobre um determinado grupo (as “campanhas anti-preconceito”) não são eficazes em mudar estereótipos, já que, como vimos acima, informações que contradizem nossas crenças são freqüentemente rejeitadas, ignoradas ou distorcidas. A estratégia do contato, por outro lado, faria com que uma mudança no *comportamento* alterasse as *atitudes*.

Estigma social e sua relação com a homossexualidade

Na Grécia antiga, o termo *stigma* se referia a um signo que era talhado ou queimado no corpo de um indivíduo considerado moralmente defeituoso e que deveria ser evitado a qualquer custo. Em outras palavras, o estigma pode ser entendido como uma marca pública (física ou metafórica) de vergonha e desonra que outorga ao indivíduo um status social baixo. No século XX, a palavra foi re-significada por Goffman ([1963] 1988) para se referir ao atributo de uma pessoa que é profundamente desacreditada, reduzindo-a em nossas mentes a um indivíduo maculado que pode ser descartado a qualquer momento. Assim, um indivíduo estigmatizado possui (real ou imaginariamente) atributos ou características que exprimem uma identidade social que é depreciada em contextos particulares. Vale lembrar que quando falamos em “indivíduo estigmatizado” estamos nos referindo a um *papel social* e não a características concretas, essenciais ou intrínsecas à determinados seres humanos. Uma pessoa que é estigmatizada é alguém cuja identidade social, ou pertencimento a uma categoria social, questiona sua plena humanidade: a pessoa é defeituosa aos olhos dos outros e está inabilitada para a aceitação social plena (Crocker e cols., 1998).

Para estes autores, o estigma é considerado uma ameaça situacional, isto é, em determinadas situações o indivíduo estigmatizado pode ser tratado ou julgado de forma diferente devido a seu estigma. A possibilidade de ser vítima de preconceito e discriminação existe independentemente do status pessoal ou das conquistas do estigmatizado. Neste sentido, imagens estigmatizantes podem ser comparadas aos estereótipos descritos acima, visto que sua presença contamina as nossas atitudes e comportamentos com relação ao indivíduo estigmatizado, além do fato delas também serem internalizadas por estes últimos. Apesar de que uma determinada característica (física ou mental) possa sinalizar a pessoa como tendo uma identidade social depreciada, esta identidade é socialmente construída, não natural. Isto significa que os atributos que são estigmatizados em uma determinada sociedade podem não o ser em outra, e que o que é depreciado não é o estigma em si, mas o que ele simboliza.

De acordo com Goffman ([1963] 1988), existem três tipos distintos de condições estigmatizantes: estigmas *tribais* (familiares, passados de geração para geração, incluindo pertencimento a determinados grupos raciais, nacionais, étnicos ou religiosos), *abominações do corpo* (características físicas tais como “defeitos” físicos e desfigurações) e *culpas no caráter individual* (relacionadas com a personalidade ou comportamento do indivíduo, incluindo doenças mentais, vícios, crimes e homossexualidade). Outros autores (e. g. Jones e cols., 1984) tentaram especificar as dimensões nas quais as diferentes condições estigmatizantes podem variar. Foram identificadas, desta forma, seis dimensões: *ocultamento* (se o estigma pode ser ocultado dos outros), *curso* (a forma através da qual o estigma muda com o tempo), *perturbação* (de que forma o estigma atrapalha interações sociais), *qualidades estéticas* (em que grau o estigma torna o indivíduo feio ou repulsivo), *origem* (como o estigma foi adquirido e quem é responsável) e *perigo* (o tipo e grau de perigo que o estigma coloca para outros). Cada uma destas dimensões tem implicações distintas em como o estigma afeta interações sociais, variando, obviamente, com o tipo de estigma. No caso dos homossexuais, as dimensões mais importantes parecem ser a de *ocultamento* e a de *origem*. A primeira dimensão será desenvolvida nos parágrafos seguintes, enquanto a segunda será trabalhada mais adiante quando fizermos a distinção entre homossexualidade como *condição biológica* e homossexualidade como *opção*.

Goffman ([1963] 1988) se refere à dimensão ocultamento de forma um pouco distinta da de Jones e cols. (1984), classificando os indivíduos estigmatizados como *desacreditados* ou *desacreditáveis*. O indivíduo *desacreditado* é aquele cujo estigma é imediatamente evidente ou já é conhecido pelas pessoas à sua volta. Como exemplo, poderíamos citar pessoas com desfigurações faciais, em cadeiras de rodas, etc. O *desacreditável* é aquele com um estigma que não está imediatamente aparente e nem se tem dele um conhecimento prévio. Este seria o caso, por exemplo, de ex-criminosos ou de homossexuais. Vale lembrar que esta divisão é extremamente importante, apesar de ser comum que uma mesma pessoa passe por ambas situações. No caso do indivíduo desacreditado o problema que se coloca é a *manipulação da tensão* gerada durante os contatos sociais; no caso do desacreditável é a *manipulação da informação* sobre o seu estigma. “*Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo;*

revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como, quando e onde.” (Goffman, [1963] 1988: 51).

Assim, tal como vimos anteriormente, chama-se *encobrimento* ao fato do indivíduo estigmatizado esconder e manipular informações sobre sua verdadeira identidade, recebendo e aceitando um tratamento baseado em falsas suposições a seu respeito. Neste tipo de situação, um homossexual, exercendo um controle estratégico sobre a imagem de si mesmo, tentaria passar por heterossexual, com o intuito de que sua identidade real não perturbe suas relações sociais. Comumente estes indivíduos levam uma “vida dupla”, prevenindo-se de todas as formas possíveis para não serem “apanhados em flagrante”, isto é, que o estigma não seja revelado inadvertidamente. Em algumas ocasiões, o indivíduo que se encobre pode passar por situações não previstas que o obrigam a dar uma informação que revela seu estigma, por exemplo, quando um homossexual que coabita com seu parceiro decide fazer um seguro de vida e tem de explicar a escolha singular do beneficiário. Ele pode sofrer também de uma pressão crescente para elaborar mentiras, uma atrás da outra, para evitar uma revelação. Outra possibilidade apontada por Kates (1998) é o uso de *desidentificadores*, isto é, adotar certos comportamentos ou objetos que transmitam a idéia de que o homossexual pertence à categoria dos heterossexuais. Um exemplo deste tipo de situação seria a frequência com que muitos homossexuais não-assumidos elaboram relatos fictícios de conquistas amorosas de mulheres. Estas técnicas de encobrimento podem, por sua vez, ferir os sentimentos de outras pessoas, dar margem a mal-entendidos ou criar situações de extorsão nas quais uma pessoa que conhece o estigma solicita dinheiro para não revelá-lo.

Devemos mencionar aqui os *contatos mistos*, isto é, os momentos em que indivíduos estigmatizados e aqueles que não o são estão na mesma situação social ou na presença física imediata um do outro. Amiúde, o indivíduo estigmatizado sente-se inseguro em relação à maneira como será identificado e recebido pelos demais, e o medo de que os outros possam desrespeitá-lo por uma característica sua significa que ele precisa manter-se em um constante “estado de alerta”. Nestas situações o estigmatizado pode ter a sensação de não saber aquilo que os outros estão “realmente” pensando dele, ou sentir-se em “exibição”. Por outro lado, estes contatos são freqüentemente constrangedores e tensos, podendo provocar erros de

atribuição, mesmo quando os indivíduos são bem intencionados³⁴. Como exemplo podemos citar o caso de um homossexual que se encontra com um heterossexual. O heterossexual, que é tolerante, quer reagir sem preconceito, mas sentindo-se inseguro ele se contém um pouco. O homossexual, esperando atitudes negativas da maioria das pessoas, interpreta de maneira errada a hesitação e reage com antagonismo (Myers, 2000). Uma forma de lidar com esta angústia é responder antecipadamente através de uma capa defensiva, geralmente expressa como agressividade. Este tipo de comportamento parece ser bastante comum entre homossexuais que fazem questão de expor sua orientação sexual, principalmente em situações nas quais ela não é relevante.

Em vez de se retrair, o indivíduo estigmatizado pode tentar aproximar-se de contatos mistos com agressividade, mas isso pode provocar nos outros uma série de respostas desagradáveis. Pode-se acrescentar que a pessoa estigmatizada algumas vezes vacila entre o retraimento e a agressividade, correndo de uma para a outra, tornando manifesta, assim, uma modalidade fundamental na qual a interação *face-to-face* pode tornar-se muito violenta. (Goffman, [1963] 1988: 27)

Com relação ao retraimento, podemos dizer que o controle da informação sobre o estigma pode prejudicar gravemente qualquer tipo de relação interpessoal, desde as mais passageiras até as mais íntimas. Desta forma, com medo de dizer (ou fazer) alguma coisa que revele sua “verdadeira” identidade, o estigmatizado pode acabar se isolando progressivamente de qualquer contato social. O indivíduo que se encobre também paga um alto preço psicológico por esta atitude, apresentando com frequência um elevado nível de ansiedade por viver uma vida que pode entrar em colapso a qualquer momento. Para não revelar seu estigma inadvertidamente estes indivíduos precisam estar constantemente atentos para aspectos da situação social que outras pessoas não percebem ou não dão importância. Aquilo que para as pessoas não-estigmatizadas é um ato rotineiro pode tornar-se um grave problema de manipulação para os estigmatizados que, por este motivo, deixam muitas vezes de aproveitar as coisas simples da vida. Assim, com a intenção de evitar este tipo de desgaste psíquico, muitas pessoas optam voluntariamente por revelar-se, deixando de ser um indivíduo

³⁴ Em contatos mistos tanto indivíduos estigmatizados como aqueles que não o são experienciam ansiedade e desconforto, mas nosso estudo se limitará apenas às sensações dos estigmatizados, pois são estes sujeitos que constituem o foco desta tese.

desacreditável (que precisa manipular informações) para transformar-se em *desacreditado* (que precisa manipular situações sociais difíceis). No caso dos homossexuais este fenômeno é denominado “assumir-se” ou “sair do armário”, expressão que vem do Inglês “*to come out of the closet*”.

Crocker e cols. (1998) descreveram quatro aspectos particularmente importantes na experiência fenomenológica de um indivíduo estigmatizado: experiências com preconceito e discriminação, consciência da qualidade negativa de sua identidade social, ameaça do estereótipo e ambigüidade de atribuição. Visto que os três primeiros aspectos foram abordados anteriormente, nos limitaremos a explicar apenas o que se convencionou chamar de *ambigüidade de atribuição*. As causas de determinados eventos podem ser ambíguas para qualquer pessoa (independente dela ser estigmatizada ou não), mas os autores acima argumentam que as causas de alguns desfechos podem ser particularmente ambíguas para indivíduos estigmatizados, devido ao papel que sua identidade social desvalorizada pode ter nesses desfechos. A ambigüidade reside no fato de não saber se um resultado ocorreu devido a qualidades pessoais ou por reações ao estigma. Dito de outra forma: em muitas situações a pessoa estigmatizada tem bastante certeza de que o tratamento diferenciado que recebeu foi devido a preconceito e discriminação. Em outras, no entanto, ela pode sentir um grau considerável de incerteza, independente do desfecho ser negativo ou positivo.

Desfechos negativos podem ter tanto uma atribuição externa (“isto me aconteceu por causa de preconceito e discriminação”) quanto interna (“isto aconteceu porque eu não sou competente, inteligente, etc.”). Os desfechos positivos, por sua vez, são ainda mais ambíguos. Se a atribuição for interna eles refletem o mérito do próprio indivíduo, e seu significado pessoal pode ser aumentado pelo fato do acontecimento positivo ter ocorrido a despeito da identidade estigmatizada. Por outro lado, se a atribuição dada ao acontecimento for externa, o indivíduo pode acabar descartando o evento junto com seus aspectos positivos por acreditar que estes ocorreram porque alguém sentiu “pena” dele e do seu estigma, diminuindo ainda mais sua auto-estima. Desta forma, a ambigüidade de atribuição pode gerar uma série de conseqüências negativas para o indivíduo estigmatizado, incluindo não saber quais são suas habilidades reais e seu potencial (o que prejudica o estabelecimento de objetivos, estratégias e metas profissionais), diminuição da motivação (se a pessoa não vê uma relação direta entre seus

esforços pessoais e determinados desfechos) e relacionamentos baseados em desconfiança e suspeitas. No caso de realmente haver ocorrido discriminação a consequência é ainda mais grave, pois o indivíduo deixa de reivindicar seus direitos, contribuindo para sua sensação de desamparo.

O preconceito sexual contra homossexuais

O preconceito contra homossexuais é freqüentemente chamado de *homofobia*, apesar de o termo *heterossexismo* também aparecer freqüentemente na literatura especializada. Ambos conceitos surgiram no final da década de 60 como uma resposta às mudanças trazidas pela revolução sexual, que fez com que a sociedade repensasse temas relativos à orientação sexual (Herek, 2000b). O termo *orientação sexual* surgiu na década de 80 como uma forma de expressar a natureza profundamente enraizada do desejo sexual. Segundo Burr (1996), este conceito possui implicações biológicas, pois até sua criação a homossexualidade era chamada de *preferência* ou *opção sexual*, termos que implicam em uma escolha exclusivamente consciente (Epstein, 2006).

No tocante às expressões “preferência” e “opção” sexual, os campos semânticos referem-se à afirmação, entre outras, das noções de liberdade, voluntariedade, consciência, intencionalidade e escolha, haja vista que o indivíduo que “opta por” ou “prefere” um sexo a outro como objeto de desejo está elegendo – livre, racional e deliberadamente – uma alternativa em detrimento de outra. Já em relação à expressão orientação sexual, esta faculdade volitiva, racionalizada e racionalizante, não se faz presente, uma vez que a escolha intencional e voluntária de um sexo e/ou outro como objeto de desejo não se encontra sob o domínio consciente do sujeito desejante. (Almeida Neto, 1999: 42-43)

Tal como postulamos anteriormente, não acreditamos que a homossexualidade (assim como a heterossexualidade) seja uma escolha racional deliberada, sugerindo, pelo contrário, que a única opção que o sujeito verdadeiramente faz é entre assumir, ou não, sua orientação sexual. Assim, privilegiaremos o conceito de *orientação sexual* nesta tese em detrimento da noção de *opção sexual*.

Voltando aos conceitos com os quais demos início a este capítulo, podemos dizer que *homofobia*, termo cunhado pelo psicólogo George Weinberg na década de 70, pode ser sucintamente definido como uma aversão ou medo

irracional de homossexuais³⁵. De acordo com Herek (1994), a introdução deste termo foi um momento marcante no discurso das ciências sociais sobre a orientação sexual, visto que a partir deste momento não era mais o homossexual que estava doente, mas sim o indivíduo que tinha preconceito contra ele. *Heterossexismo*, por sua vez, se apresenta como um termo similar a racismo e sexismo, descrevendo um sistema ideológico, social e institucional, que coloca a homossexualidade (e outras formas de expressão sexual) como inferior à heterossexualidade. Ambos conceitos, no entanto, têm sido duramente criticados. No caso de *homofobia*, a palavra sugere que o preconceito contra homossexuais pode ser melhor entendido como uma forma de psicopatologia (fobia) individual, ignorando os aspectos sociais do fenômeno. *Heterossexismo*, por outro lado, tem seu foco em um nível histórico e cultural, ignorando atitudes individuais.

Um substituto para estes conceitos parece ser o termo *preconceito sexual*, amplamente utilizado por Herek (1994), e que pode ser definido brevemente como atitudes negativas direcionadas a um determinado indivíduo (ou grupo) por causa de sua orientação sexual. Neste caso, o alvo do preconceito pode ser tanto uma pessoa homossexual, bissexual, transgênero ou heterossexual, apesar do fato de que, dada a atual organização da sociedade, o termo ser mais aplicável ao preconceito contra homossexuais, bissexuais e transgêneros. Segundo este autor, *preconceito sexual* é um conceito preferível à *homofobia* por várias razões. Em primeiro lugar, ele é um termo descritivo que não assume motivações, dinâmicas ou origens inconscientes para as atitudes negativas, além de evitar julgamentos morais sobre estas atitudes. Em segundo lugar, ele coloca o estudo das atitudes relacionadas à orientação sexual dentro do contexto mais amplo das pesquisas da Psicologia Social sobre preconceito. Neste sentido, Ficarrotto (1990) menciona que o preconceito sexual é similar, em origem e forma de apresentação, ao

³⁵ Não obstante o termo *homofobia* ter sido cunhado por Weinberg (1972), a idéia de “medo ou pavor” da homossexualidade já tinha sido descrita como uma síndrome clínica por Kempf na década de 20, recebendo o nome de *pânico homossexual* (Chuang & Addington, 1988). Segundo Drescher (2001), a formulação de Weinberg (1972) transpôs o modelo médico da homossexualidade de uma forma curiosa. Ele começou com a premissa de que a homossexualidade era essencialmente normal e, conseqüentemente, atrações por pessoas do mesmo sexo não seriam um sinal de doença mental. De acordo com este modelo, era a intolerância da homossexualidade que deveria ser considerada um distúrbio e não vice-versa. Sua perspectiva demonstra como um teórico do século XX pode construir um transtorno clínico chamado homofobia do mesmo modo que cientistas do século XIX criaram a doença da homossexualidade (Katz, 1995). Vale lembrar que para Weinberg (1972) os fatores etiológicos que levariam à homofobia incluíam motivos religiosos, medos de ser homossexual, inveja reprimida e ameaça a valores tradicionais.

preconceito dirigido a outros grupos sociais. Por todas estas razões, o termo *preconceito sexual* será privilegiado neste estudo em detrimento da palavra *homofobia*, mais disseminada no discurso cotidiano. Ressaltamos, por último, que o termo *homonegativismo* (Hudson & Ricketts, 1981), tem recebido cada vez mais atenção em artigos acadêmicos sobre homossexualidade, mas discordamos de sua utilização pelo fato dele privilegiar apenas o estudo das “atitudes” contra homossexuais, deixando de lado aspectos relacionados aos “afetos” negativos contra este grupo social.

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos indicam que mais de 40% dos norte-americanos têm preconceitos contra homossexuais, não querendo se associar de forma alguma a esta parcela da população (Bhat e cols., 1996; Kates, 1998). Uma pesquisa realizada pelo *Instituto Gallup* em 2006, por sua vez, encontrou índices ainda maiores de preconceito contra gays e lésbicas: 51% da população estadunidense condena a homossexualidade, acreditando que esta é moralmente errada. A pesquisa *Gallup* também aponta para o fato de que apesar do preconceito contra homossexuais ter diminuído consideravelmente nas últimas três décadas, ele tem se mantido estável nos últimos cinco anos. Isto significa que, ao contrário do que sugere o senso comum, o preconceito contra gays e lésbicas não vem diminuindo progressivamente com o passar dos anos. Apesar de não existirem estudos brasileiros definitivos, estima-se que a grande maioria da população heterossexual nacional apresente algum grau de preconceito contra homossexuais (DaMatta, citado por Mazzaro, 1999), acreditando que a homossexualidade é errada ou inaceitável. De acordo com Mott (1996), os homossexuais no Brasil contam com uma rejeição de 78% entre a população geral e 82% entre formadores de opinião (incluindo políticos, juristas, executivos, comunicadores e membros da Igreja). Vale ressaltar aqui que o preconceito contra homossexuais é admitido abertamente, ao contrário do racismo. Nestes casos, os homossexuais são freqüentemente taxados de doentes, anormais, imorais, pecadores, marginais, pedófilos³⁶, promíscuos, predadores sexuais³⁷, efeminados,

³⁶ A idéia de que os homossexuais são pedófilos, ou apresentam maior propensão a abusar sexualmente de crianças, se comparados aos heterossexuais, é bastante freqüente entre diversos setores da população mundial (Colasanto, 1989). Este preconceito, que tem impedido muitos homossexuais de trabalharem em atividades onde tenham contato com crianças ou de adotarem filhos, tem sido sistematicamente refutado por diversos estudos científicos (Finkelhor & Araji, 1986; Groth & Birnbaum, 1978; Groth e cols., 1982; Jenny e cols., 1994; Newton, 1978). De acordo com Trevisan (2000), convém não esquecer também que homossexuais que adotem uma

complicados, pouco confiáveis e excessivamente preocupados com aparência (Simon, 1998; Wolfe, 1998). A AIDS é considerada uma “doença gay”, e é comum ouvir dizer que a epidemia “veio para punir estes pervertidos” (Machado, 1998). Outras idéias correntes são as de que a homossexualidade “é apenas uma fase” ou de que esta é um “estilo de vida” que o indivíduo pode optar por rejeitar (Duncan e cols., 2000). Assim, são justamente estas características, impressionantes e inquantificáveis, que definem a maioria dos estereótipos contra os homossexuais, e após a ativação do estereótipo o indivíduo com frequência sente repugnância, desconforto e confusão. Entre os *estereótipos positivos* Haddock e Zanna (1998) mencionam que os homossexuais são considerados como indivíduos emotivos, arrumados, sensíveis para música e arte, criativos, alegres e que valorizam suas amizades.

Ao que parece, tal como apontam os autores acima, nossa cognição sobre os homossexuais não se baseia apenas em estereótipos, mas crenças abstratas (tais como sistemas de valores) também são um elemento fundamental na atitude preconceituosa. Neste sentido, muitas pessoas teriam preconceitos contra homossexuais por acreditarem que este grupo estigmatizado tem um sistema de valores diferente (ou oposto) ao da cultura dominante. Conseqüentemente, os homossexuais são profundamente discriminados e têm seus direitos humanos violados em diversos setores da sociedade, incluindo o ambiente doméstico-familiar, acesso a trabalho, moradia e serviços de saúde, locais públicos, instituições escolares e diversos órgãos governamentais, tais como a polícia e o exército (Duncan e cols., 2000; Helena, 1999; Rodrigues, 2000).

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. (Goffman, [1963] 1988: 15)

Uma pesquisa realizada pelo *Instituto Mori Brasil* em 1998 (Velloso, 1999), entrevistou homens e mulheres entre 16 e 70 anos de idade, com

criança podem significar uma ameaça à hegemonia exercida pelo casal heterossexual e pela família nuclear, que na sociedade ocidental contemporânea detém o monopólio da infância. Outro preconceito comum no que se refere à relação entre homossexuais e crianças é acreditar que os gays, por não serem capazes de se reproduzir biologicamente, estão sempre tentando “recrutar” jovens, isto é, convencer crianças e adolescentes a se *tornarem* homossexuais (Moritz, 1996).

³⁷ O estereótipo do gay como um predador sexual faz com que muitos homens heterossexuais tenham medo de sofrerem avanços sexuais indesejados por parte de homossexuais (Tuller, 1993).

escolaridade entre o nível fundamental e o superior completo, em cinco capitais (Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo). Os dados levantados por este estudo evidenciam claramente o preconceito contra homossexuais na população brasileira: para 47% dos entrevistados a homossexualidade é pecado ou distúrbio psicológico, enquanto para 28% é doença física. Destes sujeitos, 56% não apoiariam a opção de um filho que decidisse unir-se a outra pessoa do mesmo sexo (Cruz & Vieira, 1999). Uma pesquisa realizada nesse mesmo ano pela *Folha de São Paulo*³⁸ revelou outros dados interessantes: 54% dos entrevistados eram contra a legalização da união homossexual, ao passo que 62% opunham-se à adoção de crianças por casais homossexuais.

Com relação especificamente à discriminação e violência experienciadas por homossexuais, uma revisão de 24 estudos realizada por Berrill (1992) mostrou que 80% dos gays já tinham sido verbalmente agredidos, 44% sofreram ameaças, 33% foram perseguidos ou seguidos, 25% tiveram objetos jogados contra eles e 13% tinham sido cuspidos. No estudo de Mays e Cochran (2001), por sua vez, 76% dos homossexuais entrevistados haviam sofrido discriminação. Destes, a grande maioria atribuía esta experiência à sua orientação sexual, relatando que a discriminação tinha tido efeitos negativos na sua vida, incluindo tê-la tornado mais difícil e menos satisfatória. Dados do *Censo GLS*³⁹ (2005), realizado no Brasil, revelaram dados bastante semelhantes, isto é, 55% dos gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros entrevistados haviam sofrido algum tipo de violência, incluindo piadas (83%), exposição da sua orientação sexual (60%), xingamentos (54%), chantagem (13%), agressão física (11%), avanço sexual indesejado (7%), extorsão (4%), ameaça de morte (4%) e estupro (2%).

³⁸ **O RELATÓRIO** Folha da Sexualidade Brasileira, *Folha de São Paulo*, caderno Mais!, 18 de jan. 1998. p. 4-11.

³⁹ As letras da sigla *GLS* correspondem às palavras “gay”, “lésbica” e “simpatizante”. Podemos definir como *simpatizante* o indivíduo que não possui preconceito contra homossexuais e que opta por interagir socialmente com este setor da população. É comum, no entanto, que os simpatizantes sejam rotulados de homossexuais “suspeitos” ou “sem coragem de assumir”. O conceito de *GLS* surgiu nos anos 90, introduzindo no contexto brasileiro a idéia americana de *gay friendly*. Segundo Gonçalves (2000), ele teria sido cunhado pela equipe do *Festival Mix Brasil da Diversidade Sexual* com o objetivo de abranger o público que lotou as sessões da primeira edição do festival em 1993. A sigla teria sido apresentada oficialmente em 1994 em um folheto do 2º *Festival Mix Brasil*, sendo rapidamente aprovada pela mídia nacional. Vale apontar também que desde o ano de 2000 líderes do movimento homossexual nacional vem querendo substituir o conceito de *GLS* pelo de *GLBT* (*Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros*).

Uma pesquisa realizada pelo *CESEC*, *IMS*⁴⁰ e *Grupo Arco-Íris de Conscientização Homossexual* com participantes da Parada do Orgulho GLBT no Rio de Janeiro em 2004, revela dados ainda mais completos, pois diferenciaram entre discriminação e agressão (Carrara & Ramos, 2005). De acordo com a pesquisa, aproximadamente 65% dos indivíduos entrevistados haviam sido discriminados por vizinhos e amigos (34%), no ambiente familiar (27%), em escolas e universidades (27%), em ambientes religiosos (21%), em lugares de lazer (18%), no ambiente de trabalho (12%) e na área de saúde (11%). Os autores concluem que, em alguns casos, situações de discriminação antecedem a violências físicas. No que se refere mais especificamente à violência, 62% dos sujeitos afirmaram terem sido agredidos devido à sua orientação sexual, incluindo agressão verbal (55%), agressão física (19%), chantagem/extorsão (13%), violência sexual (6%) e golpe do Boa Noite Cinderela⁴¹ (5%). As agressões, por sua vez, geralmente ocorriam em lugares públicos (59%) e eram perpetradas, na sua grande maioria, por desconhecidos (50%). Vale lembrar que em 42% das situações a agressão não foi comunicada a ninguém, um dado significativo se levarmos em consideração que a amostra utilizada era composta por participantes de uma Parada GLBT, isto é, indivíduos possivelmente engajados na luta contra o preconceito homossexual. Estatísticas levantadas no Rio de Janeiro pelo *Disque Defesa Homossexual* (DDH, 2005), por exemplo, mostram que a maioria das denúncias referem-se a casos de discriminação e são feitas por indivíduos com idades entre 21 e 40 anos. Outros tipos de violência, no entanto, raramente são notificados.

Existem ainda outros dois estudos que revelam a magnitude do preconceito contra homossexuais no Brasil. Na pesquisa realizada por Lacerda e cols. (2002), por exemplo, mais de três quartos dos estudantes universitários analisados foram classificados como preconceituosos. Waiselfisz (1998), por sua vez, postula que

⁴⁰ A sigla *CESEC* se refere ao *Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos* (Universidade Cândido Mendes) e *IMS* ao *Instituto de Medicina Social* (Universidade Estadual do Rio de Janeiro).

⁴¹ O golpe do *Boa Noite Cinderela* é um crime que consiste em dopar as vítimas com substâncias químicas (por exemplo colocando soníferos em bebidas, balas ou chicletes) para depois roubá-las (Moreira, 2006). O termo teria surgido na boate gay carioca *Incontru's*, aludindo ao conto de fadas onde o sujeito se sente durante a noite como uma "Cinderela" (sendo assediado por outro homem muito bonito) e ao acordar no dia seguinte após o golpe percebe que perdeu tudo, voltando a ser a "Gata Borralheira".

jovens entre 14 e 20 anos de idade consideram mais grave a depredação de orelhões e placas ou pichações do que humilhar e discriminar homossexuais.

Os números de assassinatos de gays e lésbicas também destacam a intolerância brasileira: em 2005 foram assassinados 81 homossexuais⁴² (Grupo Gay da Bahia, 2006), isto é, a cada 4 dias um homossexual é brutalmente assassinado no Brasil. Esta estatística, ratificada por relatórios da *Anistia Internacional* (2001), do *Departamento de Estado Norte-Americano* e da *Associação Gay e Lésbica Internacional*, colocam o Brasil como campeão mundial de assassinatos de homossexuais, equiparando-o a países como Irã, Sudão, Zimbabwe e Iraque, onde a homossexualidade é considerada crime passível de execução (Mott & Yonara, 1999).

Torna-se importante esclarecer que quando falamos em *assassinatos de homossexuais* estamos nos referindo exclusivamente a homicídios cujo principal motivo foi a orientação sexual da vítima, não incluindo casos nos quais o crime ocorreu por razões de outra ordem. Este tipo de assassinato é freqüentemente chamado de *crime de ódio*, isto é, crimes nos quais um indivíduo é vitimizado devido à sua raça, religião, nacionalidade, orientação sexual, sexo ou deficiência (física ou mental). Desta forma, “*os crimes de ódio homofóbico caracterizam-se pela extrema violência, seja pelo grande número de golpes desferidos contra a vítima, pela crueldade do ferimento, seja pelo concurso de diversos modos de tortura.*” (Mott, 2000a: 94-95). Importante notar que crimes de ódio são menos relatados a autoridades e parecem causar efeitos psicológicos mais graves do que outros tipos de violência, incluindo depressão, raiva, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Herek e cols., 1999). Isto acontece porque o ataque ocorre tanto a nível físico quanto psíquico, e o indivíduo discriminado acaba por

⁴² Na falta de estatísticas oficiais, estes dados foram colhidos pelo *Grupo Gay da Bahia* através de notícias divulgadas na mídia, registro de queixas, cartas e mensagens na internet. A incompletude dos dados disponíveis se deve, em parte, ao descaso do Governo brasileiro em fazer medições oficiais e ao fato de que muitos homossexuais têm sua orientação sexual omitida nos registros policiais por pressão familiar, enquanto os assassinatos ocorridos em estados mais distantes não chegam a ser noticiados pela imprensa ou não são encaminhados aos grupos homossexuais (Mott, 1996). A queda no número de assassinatos em comparação com o ano anterior (que registrou 158 casos) não se deveu, no entanto, à uma diminuição do preconceito contra homossexuais, mas à falta de financiamento para a manutenção da pesquisa realizada pelo *Grupo Gay da Bahia*. Supomos, por estes motivos, que estes dados representam apenas uma ínfima parcela do número total de homossexuais assassinados no país. A título de comparação podemos mencionar que nos Estados Unidos em 2005 foram assassinados apenas 25 homossexuais, sendo que este país possui uma coleta oficial de dados e conta com uma população quase duas vezes maior do que a do Brasil.

associar sua vulnerabilidade a características pessoais, culturais e sexuais sob às quais não tem controle, o que por sua vez diminui ainda mais sua auto-estima e aumenta sentimentos de desamparo (D'Augelli, 1998). Neste sentido, postulamos que crimes de ódio podem trazer à tona antigos sentimentos de preconceito sexual internalizado em suas vítimas, visto que o sujeito experiencia sua homossexualidade como uma fonte de sofrimento, perigo e punição. Berrill (1992), por sua vez, aponta para o problema da vitimização secundária, que pode ser experienciada por sobreviventes de crimes de ódio quando as pessoas à sua volta ficam sabendo do ataque e, conseqüentemente, da sua orientação sexual.

Em uma interessante análise, Franklin (1998) caracteriza a violência contra homossexuais como uma expressão cultural de estereótipos e expectativas relativas ao comportamento masculino e feminino “apropriado”. Deste modo, os ataques a indivíduos que se desviam de papéis de gênero tradicionais pode ser compreendido como uma forma socialmente aprendida de controlar o desvio, mantendo uma rígida distinção entre os sexos. Em outras palavras, os homossexuais se tornam uma ameaça não por violar *tabus sexuais*, mas por ir contra *normas de gênero* (Kite & Whitley, 1998). A crença de que os homossexuais se comportam de maneira inapropriada com relação a seu sexo biológico também tem gerado preconceito dentro do próprio grupo. Desta forma, muitos gays relatam ter preconceito contra lésbicas (principalmente as que adotam trejeitos “masculinos”), homossexuais efeminados e transgêneros, sem contar com as discriminações baseadas em idade, raça e classe social. Assim, alguns homossexuais tomariam atitudes em relação a indivíduos visivelmente estigmatizados similares àquelas que o resto da população toma em relação ao grupo de homossexuais com um todo. De acordo com Fiske (1998), percebemos rapidamente o preconceito entre heterossexuais e homossexuais, mas somos mais lentos em detectá-lo quando este ocorre dentro do grupo alvo, isto é, entre os próprios homossexuais. Uma explicação para o preconceito contra gays efeminados é que este derivaria da necessidade de encobrimento característica de homossexuais não-assumidos. Confrontados com indivíduos efeminados estes homossexuais têm sentimentos ambivalentes; em primeiro lugar:

... uma pessoa que deseje esconder sua incapacidade notará em outras traços reveladores de uma incapacidade. Além disso, é provável que ela se ressinta desses traços que revelam a incapacidade porque, querendo esconder a sua deficiência, quer também que as outras pessoas escondam as suas. (Wright, citado por Goffman, [1963] 1988: 97)

Um homossexual não-assumido que luta para esconder seu estigma pode sentir-se profundamente incomodado pelo gay efeminado que exhibe abertamente sua orientação sexual. Em segundo lugar, e é aí que entra a ambivalência, a ostentação da homossexualidade pelo gay efeminado não é apenas uma ameaça, como também leva o indivíduo não-assumido a sentir culpa por haver negado sua própria sexualidade, assim como os benefícios psíquicos da revelação desta.

Quer mantenha uma aliança íntima com seus iguais ou não, o indivíduo estigmatizado pode mostrar uma ambivalência de identidade quando vê de perto que eles comportam-se de um modo estereotipado, exibindo de maneira extravagante ou desprezível os atributos negativos que lhes são imputados. Essa visão pode afastá-lo, já que, apesar de tudo, ele apóia as normas da sociedade mais ampla, mas a sua identificação social e psicológica com esses transgressores o mantém unido ao que repele, transformando a repulsa em vergonha. (...) Em resumo, ele não pode nem aceitar o seu grupo nem abandoná-lo. (A expressão “preocupação com a purificação intragrupal” é usada para descrever os esforços de pessoas estigmatizadas não só para “normificar” o seu próprio grupo mas também para limpar totalmente a conduta de outras pessoas do grupo.) (Goffman, [1963] 1988: 118-119)

Segundo Meyer e Dean (1998), as minorias sexuais experienciam altos níveis de estresse⁴³ em decorrência de sua estigmatização. No centro deste estresse estaria algum tipo de conflito ou desarmonia entre o membro da minoria e o universo social dominante. No caso dos homossexuais, este conflito se expressa em valores e normas discordantes com relação à sexualidade e à intimidade. Assim, a atribuição de um status inferior aos homossexuais resulta em uma série de eventos negativos sobre os quais o indivíduo tem pouco controle, gerando uma sensação de desamparo permanente. Entre outros efeitos, o estresse é responsável por prejuízos à saúde física e emocional dos indivíduos tais como depressão, ansiedade, dificuldades de sono, dores de cabeça crônicas, irritabilidade, baixa imunidade e problemas cardíacos (Duncan e cols., 2000).

⁴³ Definimos *estresse* como eventos negativos (grandes ou rotineiros) que por sua frequência e acúmulo impactam prejudicialmente a vida do indivíduo.

No contexto de seu status de minoria sexual, lésbicas, gays e bissexuais experienciam homofobia e estigmatização, o que os coloca em risco para sofrer eventos de vida negativos, especificamente eventos relevantes para a homossexualidade (ex. perda de emprego, moradia ou custódia de filhos; violência e discriminação decorrente de sua orientação sexual), assim como problemas diários mais crônicos (ex. escutar piadas preconceituosas, estar sempre na defensiva). (DiPlacido, 1998: 140; tradução nossa)

De acordo com a autora acima, determinadas características de personalidade e apoio social (vindo da comunidade gay, família, amigos ou parceiros) podem minimizar os efeitos negativos do estresse. Entre as características de personalidade encontra-se a habilidade de enfrentar novas situações com sentimentos de desafio, controle e compromisso, acreditando que o enfrentamento de obstáculos favorece o crescimento pessoal. No que se refere à rede de suporte social, devemos ressaltar que para muitos gays a comunidade homossexual é a sua única ou principal fonte de apoio. Nela encontram ajuda emocional (reuniões em grupo, eventos sociais) e recebem informações sobre aspectos práticos do dia a dia, tais como seus direitos como cidadão e que serviços médicos e psicológicos estão disponíveis para a comunidade gay.

As relações com os membros da família também são cruciais. Ao assumir sua orientação sexual o homossexual geralmente provoca um transtorno na dinâmica familiar e o surgimento de reações negativas por parte desta é bastante comum. Em casos extremos os gays sofrem violência física ou são expulsos de casa, o que contribui ainda mais para o estresse. Em outros, no entanto, após um período de luto familiar, o homossexual acaba ganhando aceitação, apoio e amor de seus familiares, ajudando-o a lidar com o estresse de ser um indivíduo estigmatizado. O mesmo ocorre com os relacionamentos amorosos, sendo importante notar que entre os gays o rompimento com um parceiro é considerado um dos eventos de vida mais estressantes. A estes tipos de estresse podemos chamar de *estressores externos*, enquanto que os *estressores internos* seriam aqueles ligados à internalização do preconceito, tema que será discutido em profundidade mais adiante.

Analisando o estresse mais uma vez a partir do conceito de *estigma*, pode-se perceber que este difere de acordo com o grau de revelação do estigma, isto é, se o homossexual assumiu sua identidade sexual para outros ou não. No caso de homossexuais assumidos, o fato de que outras pessoas conheçam sua orientação

sexual os coloca em risco de sofrerem um número maior de eventos de vida negativos, tais como discriminação, rejeição e abuso físico ou verbal. Por outro lado, homossexuais não-assumidos ou que revelaram seu estigma apenas para algumas pessoas, podem experimentar menos eventos de vida negativos, mas provavelmente sofrem mais com o estresse (DiPlacido, 1998). A inibição de sentimentos e pensamentos que caracteriza a vida cotidiana destes homossexuais, faz com que eles tenham que monitorar situações constantemente para determinar se podem ou não serem abertos quanto à sua orientação sexual. Assim, precisam analisar cada palavra, gesto ou comportamento que denuncie seu estigma através de uma relação custo-benefício, decidindo, a cada instante, se vale a pena revelar sua condição, a quem e quando. A escolha de levar uma “vida dupla”, isto é, de negociar entre dois mundos distintos (o heterossexual e o homossexual) é um fator adicional de estresse. Deste modo, situações sociais cotidianas podem se transformar em uma luta e um desafio permanente para aqueles que acham que precisam esconder sua sexualidade.

Para vários membros da maioria heterossexual, torna-se difícil empatizar com a situação dos homossexuais. O indivíduo pode até simpatizar e desejar que não houvesse preconceito, mas, em diversas situações, acaba adotando a tendência de jogar parte da culpa sobre a vítima, o que comumente chamamos de “reputação bem merecida”. Desta forma, pode-se raciocinar que “se os homossexuais são vítimas de preconceito deve ser por alguma razão” ou “se os gays não querem ter problemas, por que não ficam calados, deixam de freqüentar lugares onde não são bem recebidos, etc.” Na verdade, este tipo de pensamento é uma demanda para que os homossexuais adotem padrões de comportamento altamente restritivos, se comparados com o resto da população.

A tendência de culpar a vítima pelo preconceito é motivada por um desejo de ver o mundo como um lugar justo, onde as pessoas recebem aquilo que merecem (Lerner, citado por Aronson, 1999). Desde a infância somos ensinados que o bem, o trabalho árduo e a virtude são recompensados, enquanto o mal, a preguiça e a imoralidade, não são. A partir dessas premissas segue a idéia de que as pessoas que prosperam devem ser boas e as que sofrem devem merecer seu destino. Qualquer acontecimento negativo difícil de explicar deve ser, assim, culpa da personalidade ou do comportamento do indivíduo. Ao que parece, a maioria das pessoas se sente ameaçada de viver em um mundo onde determinados

indivíduos, por circunstâncias que fogem de seu controle, sejam privados daquilo que eles merecem ou precisam. Culpar a vítima pode igualmente justificar o status superior de quem lança a culpa. Este autor também sugere que apenas observar uma pessoa se tornar vítima inocente de abusos físicos ou verbais é suficiente para fazer o indivíduo parecer menos digno, principalmente quando os observadores são impotentes para alterar o destino da vítima.

A pesquisa, citada anteriormente, realizada pelo *Instituto Mori Brasil* (Velloso, 1999), parece confirmar um dado que tem sido apontado por diversos autores (McLeod & Crawford, 1998; Schellenberg e cols., 1999; Sherrod & Nardi, 1998): o preconceito contra homossexuais é maior em indivíduos idosos (devido ao fato de terem passado a maior parte de suas vidas em uma sociedade onde a homossexualidade não era aceita ou tinha pouca visibilidade), com nível de escolaridade baixo (a desinformação favorece o preconceito) ou residentes em zonas rurais (o contato com homossexuais reduz o preconceito). Com relação especificamente ao nível de escolaridade, Quinley e Glock (1979) sugerem que a educação formal reduz o preconceito na medida em que ensina o que é preconceito e como combatê-lo, treina o indivíduo a pensar em termos de evidência e inferência, introduz o sujeito a costumes e práticas culturais de grupos minoritários, ensina as pessoas a julgarem normas sociais de uma forma independente e crítica, e expõe o indivíduo a contatos sociais diversificados.

Diversos estudos (Basow & Johnson, 2000; Morin & Garfinkle, 1978; Polimeni e cols., 2000) também sugerem que indivíduos que têm preconceito contra homossexuais tendem a ser do sexo masculino, com traços de personalidade autoritária, religiosos, conservadores, que acreditam na existência de papéis de gênero tradicionais e que expressam rigidez e culpa com relação à seus próprios impulsos sexuais. Outras pesquisas (Henley & Pincus, 1978; Laird & Green, 1996; Minnergerode, 1976) encontraram correlações entre preconceito contra homossexuais e atitudes negativas contra mulheres e negros. Vale lembrar que apesar do preconceito contra homossexuais ser maior em homens do que em mulheres, alguns estudos (Herek, 2000a; Logan, 1996; Polimeni e cols., 2000; Weinberger & Milham, 1979) têm consistentemente demonstrado que homens têm mais preconceito contra gays, enquanto mulheres possuem um número maior de atitudes negativas com relação a lésbicas. Estes dados têm sido explicados postulando-se a hipótese de que homossexuais que são do mesmo sexo que o

nosso são mais ameaçadores, pois violam estereótipos de gênero pessoais, ao mesmo tempo em que ativam medos de assédios românticos ou sexuais não desejados.

A correlação entre grau de religiosidade e preconceito também foi estabelecida, apesar de não saber-se ao certo a relação causal entre estas duas variáveis (Herek, 1987; Nyberg & Alston, 1977). De acordo com Myers (2000), talvez as pessoas com menos escolaridade sejam ao mesmo tempo mais fundamentalistas e mais preconceituosas. Pode ser igualmente que o preconceito conduza à religião, levando as pessoas a desenvolverem idéias religiosas para sustentar seus preconceitos. Ou talvez a religião induza ao preconceito, ao levar as pessoas a acreditarem, já que Deus dotou todos os seres humanos com o livre-arbítrio, que os homossexuais não podem culpar ninguém senão a si próprios por sua situação. A explicação de que a Bíblia condena a homossexualidade também não parece fazer muito sentido, pois a Bíblia condena muitas outras coisas às quais não damos a menor importância. O interesse pela homossexualidade está no fato de que ela representa o sexo fora de uma relação familiar entre um homem e uma mulher que desempenham papéis de gênero distintos mas complementares.

... em uma época na qual a família nuclear convencional está sendo posta em xeque por mulheres que não estão mais dispostas a sacrificar carreiras e realização pessoal por marido e filhos, existe perda de autoridade parental, taxas de divórcio em ascensão (...) e pressões econômicas que forçam mulheres a entrar no mercado de trabalho em condições insatisfatórias, as associações que a homossexualidade evoca são enormes. (Greenberg, 1988: 470; tradução nossa)

Este autor faz uma análise ainda mais interessante das causas do preconceito contra homossexuais unindo as variáveis de status social e valores tradicionais. Para muitos indivíduos a adesão a valores e normas tradicionais é um componente fundamental de sua reivindicação de respeitabilidade, o que faz com que o questionamento destes valores feito pelos homossexuais seja um ataque implícito (ou explícito) a esta reivindicação. Indivíduos que possuem outras fontes de auto-estima podem ignorar estes ataques, mas para aqueles cujo sucesso material é limitado, respeitabilidade moral torna-se psicologicamente importante. Em outras palavras, pode-se dizer que indivíduos pertencentes às classes trabalhadora ou baixa classe média seriam mais preconceituosos porque defendem valores familiares tradicionais com mais tenacidade, ao mesmo tempo em que não

possuem outras fontes de respeitabilidade social com as quais minimizar a perda de status decorrente da normalização da homossexualidade.

O preconceito contra a homossexualidade é geralmente desenvolvido durante a infância do indivíduo, sendo particularmente influenciado pela socialização de gênero. Tal como mencionado acima, diversos autores (Childers, 2000; Herek, 1996; Herek & Capitano, 1999; Kite & Whitley, 1998) postulam que homens heterossexuais tendem a ser mais preconceituosos contra gays do que mulheres heterossexuais, dado este que também foi corroborado no Brasil (Lacerda e cols., 2002). A explicação mais provável para este fenômeno é de que na sociedade ocidental existe uma forte correlação entre masculinidade e heterossexualidade, o que faz com que os homens sejam pressionados (social e psicologicamente) a afirmar sua masculinidade rejeitando elementos que não sejam culturalmente definidos como masculinos (ser gay, por exemplo) ou que parecem negar a importância destes (as lésbicas). Visto que as mulheres heterossexuais não percebem a rejeição da homossexualidade como um fator fundamental para a constituição de sua identidade sexual, não se sentem pressionadas a serem preconceituosas e portanto acabam tendo mais contato com homossexuais, o que, tal como discutido anteriormente, tende a reduzir o preconceito. Dito de outra forma, o preconceito contra homossexuais desempenha um papel importante no sentimento de identidade masculina porque nossa sociedade define o gênero pelo comportamento sexual e a masculinidade por oposição à feminilidade. Assim, o preconceito contra gays desempenha o papel psicológico essencial de deixar claro quem é heterossexual e quem é homossexual.

Ver um homem efeminado desperta enorme angústia em muitos homens, pois desencadeia neles uma tomada de consciência de suas próprias características femininas, como a passividade e a sensibilidade, que eles consideram um sinal de fraqueza. (Badinter, 1992: 119)

Herek (1986) propõe que o preconceito que homens sentem contra homossexuais é, na verdade, uma reação a inseguranças sobre sua própria masculinidade. De acordo com este autor, a pressão imposta sobre homens heterossexuais para se conformar a noções tradicionais de masculinidade faz com que estes desenvolvam um alto grau de ansiedade em não conseguir atingir estas

expectativas. Assim, homens que são mais inseguros com relação à sua própria masculinidade também apresentariam um maior número de atitudes negativas com relação a homossexuais. Em outras palavras, podemos dizer que indivíduos excessivamente preocupados com sua masculinidade podem ter medo, e eventualmente fugir, de situações nas quais esta masculinidade possa vir a ser questionada, isto é, evitariam, a todo custo, interagir com homossexuais.

Uma consequência do heterossexismo é seu efeito nos heterossexuais. Devido ao estigma atribuído à homossexualidade, muitos heterossexuais monitoram e restringem seu próprio comportamento para evitar serem taxados de gays. (...) Por exemplo, muitos homens evitam roupas, hobbies e maneirismos que possam ser chamados de “efeminados”. O preconceito contra gays também interfere nas amizades entre pessoas do mesmo sexo. Homens muito preconceituosos contra homossexuais parecem ter um número menor de amizades íntimas não-sexuais com outros homens do que homens com atitudes tolerantes. (Devlin & Cowan, 1985: 468; tradução nossa)

Seguindo esta linha de raciocínio, outros autores (Frank, 1994; Simpson, 1994) sugerem que o preconceito contra homossexuais é um componente central do conceito de masculinidade de indivíduos jovens porque ele mantém o contato que ocorre entre homens em determinadas situações (tais como em atividades esportivas, por exemplo), dentro dos limites seguros da heterossexualidade. Deste modo, o preconceito contra homossexuais ajudaria a policiar as fronteiras dos contatos masculinos, fazendo com que o desvio seja mantido à distância (Herek, 1990; Kaufman, 1992).

Faz-se importante ressaltar aqui a *origem do estigma*, isto é, se ele é percebido como *controlável* ou *incontrolável*, pois indivíduos com estigmas considerados controláveis são mais rejeitados e recebem um tratamento pior do que aqueles cujo estigma é considerado incontrolável (Crocker e cols., 1998). Estudos recentes (Burr, 1993; Mills, 1998; Whitley, 1990; Wolfe, 1998) indicam que pessoas que acreditam que a homossexualidade é uma condição biológica (estigma incontrolável) que não pode ser modificada, tendem a aceitá-la melhor e a serem mais a favor dos direitos dos homossexuais. Interessante ressaltar que 20% dos sujeitos pesquisados por Jablonski (1999) declaram concordar com a afirmação de que “homossexualismo é uma doença”, enquanto 41% dos indivíduos entrevistados pelo *Ibope* (Pinheiro, 2000) acreditam que os

homossexuais “já nascem assim”⁴⁴. Nos Estados Unidos, de acordo com Besen (2003), aproximadamente 50% da população acredita que a homossexualidade é genética, atitude esta que vem ganhando cada vez mais adeptos possivelmente devido à crescente ênfase em estudos que investigam causas biológicas para as orientações sexuais.

Segundo Yang (1998), a noção de que os homossexuais não escolheram sua orientação sexual tende a provocar simpatia ou pena em muitos heterossexuais, o que, vale ressaltar, não se traduz, necessariamente, em respeito (Van Gelder, 1991). Em um sentido oposto, indivíduos que entendem a homossexualidade como uma opção (estigma controlável) freqüentemente a condenam (Wolfe, 1998). Quem segue esta linha de raciocínio acredita que, se a orientação sexual é uma escolha consciente, os heterossexuais também possuem a escolha de condená-la. O problema da origem do estigma, ou seja, se ele é controlável ou não, também afeta profundamente o seu portador. Homossexuais que consideram sua orientação sexual como controlável podem tentar modificá-la, o que é infrutífero e gera frustração, sentimentos de fracasso e depressão. Tal como veremos adiante, indivíduos que tentam lidar com o fato de serem homossexuais buscando uma razão para sua orientação sexual, podem encontrá-la nas teorias oferecidas pelas terapias de conversão, terapias estas que se propõem a mudar a orientação sexual do sujeito. Em contraposição, homossexuais que acreditam que sua orientação é incontrolável focalizam suas energias em aceitarem-se como são, estabelecendo uma identidade positiva e lutando contra o preconceito e a discriminação.

Tal como ocorre com outros grupos sociais, o contato interpessoal positivo entre heterossexuais e homossexuais tende a diminuir o preconceito, sobretudo se este ocorrer entre familiares ou amigos próximos, e se houver uma conversa aberta sobre sexualidade (Simon, 1998; Sherrod & Nardi, 1998). De acordo com diversos autores (Herek, 1988; Herek & Capitanio, 1996; Herek & Glunt, 1993; Kus & Latcovich, 1995), heterossexuais que conhecem pessoalmente um indivíduo homossexual tendem a apresentar atitudes mais positivas com relação aos homossexuais como grupo, e, quanto mais contato a pessoa tiver, mais

⁴⁴ A diferença dos resultados encontrados nessas duas pesquisas provavelmente reside na natureza da amostra: enquanto que Jablonski (1999) entrevistou apenas estudantes universitários, o *Ibope* (Pinheiro, 2000) utilizou uma amostra representativa da população brasileira como um todo.

favoráveis serão as atitudes. Apesar de poder-se argumentar que indivíduos que já possuem atitudes mais favoráveis com relação a homossexuais estão mais predispostos a terem amigos gays, a hipótese de contato discutida anteriormente sugere que este contribui para a redução do preconceito.

Se o homossexual realmente se sente à vontade com sua orientação sexual (agindo natural e espontaneamente), essa aceitação terá um efeito imediato sobre as demais pessoas, tornando-se-lhes mais fácil ficarem à vontade com ele em situações sociais. Visto que a utilização de estereótipos é comum quando possuímos uma experiência limitada com um grupo social determinado, a familiaridade que advém de um contato prolongado com diversos membros do grupo reduz (ou elimina) estereótipos, permitindo que características individuais sejam reconhecidas, além de prover um real entendimento do que significa ser gay. Yang (1998) sugere também que este contato aumenta a probabilidade de heterossexuais se tornarem a favor da igualdade de direitos para os homossexuais. DaMatta (citado por Mazzaro, 1999) menciona ainda que, ao assumirem sua sexualidade, os homossexuais acabam contribuindo para o resgate de sua cidadania, ajudando, ao mesmo tempo, outros gays a fazerem o mesmo. Outro fator de extrema importância parece ser a aceitação por parte da família: se esta respeitar a orientação sexual do indivíduo a sociedade como um todo tenderá a encará-la de forma mais natural (Cruz & Vieira, 1999).

O preconceito sexual internalizado por homossexuais e suas correlações

Indivíduos estigmatizados estão freqüentemente expostos a ameaças diretas e indiretas à sua auto-estima. Estereótipos de que os homossexuais são seres humanos inferiores, que possuem defeitos de caráter moral, são mantidos por determinadas instituições sociais (tais como família, escola, Igreja e Estado) e pelos meios de comunicação de massa em geral. Se por um lado o indivíduo não aceita passivamente as visões negativas da sociedade com relação à sua sexualidade, estas imagens são tão difundidas que se torna difícil deixar de internalizá-las em algum grau, sobretudo durante a infância (Crocker e cols., 1998; Gaines, 2001; Pereira & Leal, 2002). Gays que internalizam estas crenças podem se sentir inferiores aos heterossexuais e incapazes de alcançar objetivos que contradigam o preconceito.

Tal como mencionado anteriormente, os eventos de vida negativos decorrentes do preconceito institucionalizado e da discriminação podem ser chamados de *estressores externos*, enquanto que os *estressores internos* seriam aqueles ligados ao preconceito internalizado. Em outras palavras, pode-se dizer que quando o estereótipo é muito forte ou pernicioso, membros do grupo alvo tendem a aceitá-lo e incorporá-lo à sua auto-imagem, fazendo com que sentimentos negativos com relação à própria orientação sexual sejam generalizados para o *self* como um todo. Este processo possui semelhanças com a teoria de Allport ([1954] 1979) sobre os “traços devido à estigmatização”. Assim, este autor argumenta que indivíduos estigmatizados apresentam reações defensivas como um resultado do preconceito experienciado na sociedade. Estes mecanismos podem ser “extrovertidos” (uma preocupação obsessiva com características estigmatizantes, por exemplo) ou “introvertidos” (incluindo ódio contra si mesmo e identificação com o agressor). Postulamos, junto com Williamson (2000), que os mecanismos considerados “introvertidos” podem ser equacionados com as teorias correntes sobre preconceito internalizado.

A teoria de que homossexuais poderiam internalizar o preconceito existente na sociedade surgiu na década de 70 (Kingdon, 1979; Weinberg, 1972), mas a idéia só ganhou força a partir de 1980, com a criação do conceito de *homofobia internalizada*, por Malyon (1982). Não obstante os termos *preconceito sexual internalizado* e *homofobia internalizada* aparecerem como sinônimos na literatura especializada, utilizaremos apenas o primeiro termo, pois, tal foi como exposto anteriormente, discordamos do conceito de homofobia⁴⁵. Ressaltamos, igualmente, que alguns autores (Kitzinger & Perkins, 1993; Russell & Bohan, 2006), criticam a idéia de preconceito internalizado por acreditarem que esta re-patologiza os homossexuais e que nosso foco de atenção deve estar voltado para a desconstrução do preconceito institucionalizado, isto é, aquele presente na sociedade mais ampla. Não obstante, em consonância com a noção de que o preconceito contra homossexuais deva ser combatido, postulamos que esta atitude não invalida o fato de que muitos indivíduos internalizam este preconceito, e que os sintomas clínicos correlacionados com esta dinâmica devam ser trabalhados. Vale lembrar também que apesar de estarmos tratando do preconceito *sexual* internalizado, isto é, aquele experienciado por minorias sexuais, o preconceito internalizado, como conceito mais amplo, está presente entre membros de outros grupos estigmatizados (tais como os negros, por exemplo), que têm seu auto-conceito prejudicado pela internalização do preconceito e de sentimentos associados com a discriminação.

O *preconceito sexual internalizado* pode ser definido sucintamente como a “*aceitação pelos indivíduos homossexuais das atitudes negativas veiculadas pela sociedade em relação à homossexualidade*” (Antunes & Machado, 2005: 8). Esta aceitação resultaria em “*sentimentos negativos sobre o self – principalmente culpa e vergonha de ser gay ou lésbica ou de experienciar desejo homossexual*” (Downey & Friedman, 1995: 435; tradução nossa). Em outras palavras, o sujeito passa a acreditar que o *self* é inerentemente mau, sem valor ou repulsivo, e de que boa parte de seus problemas pessoais decorrem disto. De um modo geral, o preconceito internalizado se apresenta em um contínuo que vai desde questionamentos sobre seu próprio valor como indivíduo até o ódio por si mesmo,

⁴⁵ Vale lembrar também que pesquisas recentes (Amadio, 2006; Szymanski & Chung, 2003) têm utilizado cada vez mais o conceito de *heterossexismo internalizado* como um sinônimo para *preconceito internalizado*.

estando correlacionado também com depressão, baixa auto-estima, vergonha, culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, queixas psicossomáticas, sentimentos de solidão, frustração, isolamento social, dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, violência doméstica, disfunções sexuais, comportamento sexual de risco, hostilidade, abuso de álcool e drogas, transtornos alimentares, e comportamento ou ideação suicida (Atkins, 1998; Brown, 1986; Dew & Chaney, 2005; Friedman, 1991; Gaines e cols., 2005; Herek e cols., 1997; Lehman, 1997; McGregor e cols., 2001; McKirnan & Peterson, 1989; Meyer, 1995; Reece, 1988; Rofes, 1983; Shidlo, 1987, 1994; Szymanski e cols., 2001; Wagner e cols., 1996). Dificulta, igualmente, a adoção de uma identidade gay positiva e, no caso de sofrerem algum tipo de discriminação ou violência, estes indivíduos tendem a colocar a culpa em si mesmos (pois acreditam que mereceram o castigo), o que diminui ainda mais sua auto-estima (Malyon, 1982; Sophie, 1987; Wagner e cols., 1994). “*Muitas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros sentem que o próprio centro do seu ser é maculado, inaceitável. (...) A surpresa é que alguém sobreviva a esta situação. Muitos não conseguem.*” (Finnegan & McNally, 2002: 92-93; tradução nossa).

De acordo com uma série de autores (Allen & Oleson, 1999; Forstein, 1988; George & Behrendt, 1988a; Gonsiorek, 1988; Szymanski e cols., 2001), a internalização do preconceito é um evento experienciado, em diversos graus, por quase todos os homossexuais criados em sociedades ocidentais. Não obstante o número razoavelmente grande de estudos que tratam deste tema, existe uma escassez significativa de pesquisas no que se refere à *prevalência* do preconceito internalizado entre homossexuais. Shidlo (1994), por exemplo, aponta para os inúmeros problemas metodológicos das poucas pesquisas existentes, aliado ao fato de que grande parte destes dados foram coletados na década de 70 e, portanto, em um período histórico anterior às conquistas do movimento homossexual e ao advento da AIDS, eventos que marcaram profundamente a experiência de ser homossexual na nossa sociedade. Apesar das críticas, no entanto, acreditamos ser importante mencionar que de acordo com alguns estudos sobre preconceito internalizado (Bell & Weinberg, 1978; Jay & Young, 1977), em torno de 30% dos homossexuais poderiam ter atitudes ou sentimentos negativos com relação à própria homossexualidade em algum momento de suas vidas.

A partir da década de 70 também existiram tentativas de criar escalas, inventários ou questionários que fossem capazes de medir o preconceito internalizado com um grau razoável de precisão. Dentre as mais conhecidas citamos: *Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory* ou *NHAI* (Nungesser, 1983), *Internalized Homophobia Inventory* ou *IHI* (Alexander, 1986), *Internalized Homophobia Scale* ou *IHP* (Martin & Dean, 1987) e *Internalized Shame Scale* ou *ISS* (Cook, 1994). De acordo com Shidlo (1994), em que pese alguns problemas metodológicos, a escala com melhor operacionalização e validade é a *NHAI*, criada por Nungesser (1983). Deste modo, Shidlo (1994) dedicou-se a elaborar uma versão atualizada da *NHAI*, simultaneamente criando uma escala distinta, mas complementar, intitulada *AIDS-Related Internalized Homonegativity* ou *ARIH*, com o intuito de investigar crenças ligadas à AIDS que não faziam parte do instrumento original de Nungesser (1983). Utilizando estas duas escalas, Shidlo (1994) encontrou correlações entre preconceito internalizado e sintomas tais como depressão, doenças psicossomáticas, baixa auto-estima, sentimentos de falta de estabilidade do *self*, desconfiança e solidão. Postula, também, que indivíduos que recebem pouco suporte sócio-emocional de outros gays e lésbicas tendem a apresentar graus mais elevados de preconceito internalizado.

Mais recentemente, Ross e Rosser (1996) elaboraram a *Internalized Homophobia Scale*, enquanto que Mayfield (2001) desenvolveu o *Internalized Homonegativity Inventory* ou *IHNI*, baseado no já citado inventário de Nungesser (1983). Currie e cols. (2004), por sua vez, elaboraram a *Short Internalized Homonegativity Scale*, uma versão resumida e melhorada das escalas de Ross e Rosser (1996) e de Mayfield (2001)⁴⁶. Não obstante os esforços dos autores mencionados acima, uma análise mais detalhada destes novos instrumentos revela a persistência de uma série de problemas metodológicos que precisam ser sanados antes que estas escalas possam ser usadas para mensurar, confiavelmente, o preconceito internalizado em homossexuais. Por este motivo não utilizaremos quaisquer escalas no nosso *Estudo de Campo*, optando por realizar entrevistas em profundidade com o intuito de melhor investigar a dinâmica do preconceito sexual internalizado em homossexuais masculinos.

⁴⁶ Neste mesmo período foi desenvolvida a *The Lesbian Internalized Homophobia Scale* ou *LIHS* (Szymanski & Chung, 2001), criada especificamente para medir o preconceito internalizado entre lésbicas.

De acordo com Finnegan e McNally (2002), o preconceito internalizado se inicia muito cedo na vida dos homossexuais, que são expostos desde crianças (assim como o resto da sociedade) aos valores preconceituosos presentes na nossa cultura. Segundo Herek (1994) e Wood (1990), por exemplo, na sociedade ocidental a maioria das pessoas é consistentemente ensinada a condenar a homossexualidade como sendo algo pecaminoso ou moralmente errado, a considerá-la anti-natural e a reagir com repulsa diante desta orientação sexual. Em outras palavras, podemos dizer que antes mesmo que o indivíduo se dê conta de qualquer diferença sexual ele já teria aprendido os perigos associados a uma não-heterossexualidade (Malyon, 1982; Pecheny, 2004). Esta aprendizagem, por sua vez, se daria através dos estereótipos, e conseqüente discriminação, a que sujeitamos determinados grupos sociais. Gradualmente, o sujeito aprenderia estes valores, os internalizaria e os aceitaria como “verdades”, incorporando-os no seu auto-conceito⁴⁷. Tal como nos aponta Goffman:

... os padrões que ele incorporou da sociedade maior tornam-no intimamente suscetível ao que os outros vêem como seu defeito, levando-o inevitavelmente, mesmo que em alguns poucos momentos, a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser. A **vergonha** se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro... (Goffman, [1963] 1988: 17; grifos nossos)

Postulamos, junto com outros autores (Allen & Oleson, 1999; Svensson, 2003), que uma das características centrais do preconceito internalizado é o sentimento de vergonha (tanto individual, quanto grupal), e o conseqüente desejo de se esconder, experienciado pelos homossexuais. A vergonha, pode ser assim definida:

... aquele sentimento de auto-castigo que surge quando estamos convencidos de que existe algo em nós mesmos que é errado, inferior, falho, fraco ou sujo. A vergonha é fundamentalmente um sentimento de desprezo contra nós mesmos, uma visão odiosa do nosso self através dos nossos próprios olhos – apesar desta visão poder ser determinada por como esperamos ou acreditamos que outras pessoas estejam nos experienciando. Geralmente esta visão é acompanhada por auto-consciência e pela convicção de que falhamos em algo

⁴⁷ Não devemos assumir, no entanto, que todos os homossexuais sejam afetados da mesma forma ou com a mesma intensidade pelas influências culturais descritas aqui. Tal como postula Malyon: “*O significado desenvolvimentista de qualquer aspecto particular da experiência de socialização é determinado pelas vulnerabilidades especiais, necessidades e estratégias defensivas de cada indivíduo*” (Malyon, 1982: 61-62; tradução nossa).

importante, o que por sua vez gera um desejo de encobrimento. (Morrison, 1998: 103; tradução nossa)

De um modo geral, acreditamos que o sentimento de vergonha pode ser introjetado pelo indivíduo (caso no qual ele se tornará um componente central do preconceito internalizado), ou pode se transformar em raiva e violência, direcionadas, em forma de retaliação, à sociedade mais ampla. Seja qual for a situação, a vergonha deve ser trabalhada para que o sujeito possa eventualmente assumir a própria orientação sexual e integrar este aspecto da sua identidade à sua vida como um todo (Barret & Barzan, 1996).

Muitos reagem vivendo e medindo suas vidas de acordo com os valores homo/bi/transfóbicos e heterossexistas da sociedade. Assim, não é incomum para indivíduos gays, lésbicos, bissexuais e transgêneros acreditar que heterossexuais são superiores, e homossexuais inferiores. (Finnegan & McNally, 2002: 93; tradução nossa)

Segundo as autoras acima, o sujeito lida com estas crenças negativas de várias formas distintas. Alguns homossexuais vivem como se fossem heterossexuais, porque assumir sua orientação sexual significaria ter que lidar com a idéia de que eles são indivíduos de “segunda categoria”, imorais, doentes, estigmatizados, irreparavelmente defeituosos e inaceitáveis para a sociedade, para suas famílias e para si mesmos. A pesquisa realizada por Allen e Oleson (1999), verificou, por exemplo, que os seguintes estereótipos estavam associados com o sentimento de vergonha entre homossexuais e, conseqüentemente, com preconceito internalizado: pervertido, efeminado, fraco, doente, defeituoso, passivo e pouco masculino.

De acordo com Finnegan e McNally (2002), homossexuais com preconceito internalizado tendem a utilizar uma série de defesas psíquicas para lidar com seu conflito interior e com a ansiedade crônica decorrente deste, sendo as mais comuns: negação, reação formativa, racionalização, hostilidade/raiva e encobrimento. A seguir, analisaremos, brevemente, cada uma destas defesas.

A *negação* pode ser considerada uma das defesas psíquicas mais poderosas, sobretudo no caso de homossexuais com preconceito internalizado. Sucintamente, a negação pode ser definida como um “*mecanismo de defesa em que aos fatos ou implicações lógicas da realidade externa é negado*”

reconhecimento, em favor de fantasias internas de concretização de meros desejos” (Cabral & Nick, 2003: 205). Em outras palavras, é essencialmente um processo através do qual o sujeito inconscientemente modifica a realidade para que esta se adapte às suas necessidades. De fato, o indivíduo que faz uso desta defesa cria uma realidade subjetiva completamente distinta, na medida em que distorce ou muda fatos e eventos da realidade “objetiva” (isto é, a que é compartilhada pelas pessoas a seu redor)⁴⁸. Desta forma, o sujeito é capaz de ignorar uma informação que, se fosse apreendida, seria uma ameaça para sua auto-estima, gerando uma ansiedade intolerável. Para muitas pessoas, apenas contemplar a possibilidade remota de que ela possa se sentir atraída por outras do mesmo sexo é tão perigosa e aterrorizante que a negação é a única saída psíquica que ela encontra para lidar com estes sentimentos “inaceitáveis”. Deste modo, é inteiramente possível, e muito mais freqüente do que o senso comum nos faz crer, que determinados indivíduos adotem comportamentos homossexuais sem, necessariamente, se considerarem gays.

De acordo com Finnegan e McNally (1992), indivíduos que internalizam estereótipos negativos com relação à homossexualidade podem realizar uma cisão em suas vidas, tendo relacionamentos homossexuais e heterossexuais simultaneamente. Estes sujeitos podem não se ver como gays mesmo se comportando homossexualmente, pois, nas suas cabeças, eles são heterossexuais. Muitos se casam com o objetivo de negar sua orientação sexual ou de se assegurarem que, de fato, se sentem atraídos pelo sexo oposto. Vale lembrar que este tipo de atitude é bastante diferente daquela adotada por bissexuais ou por homossexuais que levam uma vida dupla: uma situação é não querer se assumir, outra completamente distinta é não conseguir sequer admitir para si mesmo a própria homossexualidade, considerada inaceitável. Outro caminho adotado por indivíduos com preconceito internalizado é o religioso, isto é, o sujeito pode acreditar que estará a salvo de seus desejos homossexuais se viver uma vida de celibato ou de serviço a Deus. Infelizmente, seja qual for o caminho escolhido, grande parte das atitudes que estes indivíduos adotam para lidar com o

⁴⁸ Estamos cientes das complexas discussões em torno dos conceitos de “realidade” e “subjetividade”. No entanto, não é nosso objetivo abordá-las aqui, visto que fogem ao escopo desta tese.

preconceito internalizado tende a potencializar seus sentimentos de vergonha, ódio ou culpa.

A *formação reativa* (também conhecida como *formação de reação*), “consiste na adoção de um padrão de comportamento que é diretamente o oposto da tendência reativa que a pessoa está tentando esconder, negar ou refutar” (Cabral & Nick, 2003: 122). Neste sentido, pode ser considerada uma defesa poderosa na qual o sujeito se defende daquilo que ele tem medo de ser identificando-se, agindo ou se transformando no oposto. Indivíduos que fazem uso deste mecanismo com frequência se identificam com e se transformam no agressor, isto é, alguém que ataca determinadas características ou grupo de pessoas (Friedman, 1998). Como exemplos podemos citar indivíduos que, com medo de serem homossexuais, se unem a determinados grupos sociais (religiosos, conservadores ou preconceituosos de um modo geral) e passam a condenar, publicamente, a homossexualidade e tudo aquilo que se associe a esta orientação sexual. Neste caso, o ódio a si mesmo seria desviado para o próprio grupo. Outros comportamentos mais “sutis” também podem ser indícios de formação reativa em homossexuais com preconceito internalizado: contar um número excessivo de piadas anti-gays, ou adotar um comportamento exagerado e estereotipicamente considerado “masculino”, são alguns exemplos.

A *racionalização* é o processo através do qual a pessoa consegue dar uma explicação “alternativa” para um evento, comportamento, pensamento ou sentimento que ela não é capaz de tolerar. Assim, através da racionalização, a realidade é transformada ou distorcida para que se torne menos ameaçadora. No caso de homossexuais com preconceito internalizado, racionalizações incluiriam idéias do tipo: “Eu só fiz aquilo porque estava bêbado/drogado.”, “Eu não sou assim. Não é minha culpa. Fui seduzido.”, “Estava curioso. Tenho uma mente aberta e estou disposto a experimentar de tudo.”, “É uma fase.”, “Somos apenas bons amigos.” ou “Não há necessidade de falar sobre minha vida pessoal.”.

Outra reação defensiva citada por Finnegan e McNally (2002) é a de agir com *raiva e hostilidade*. De acordo com as autoras, enfurecer-se diante de uma injustiça certamente é uma reação mais saudável frente a uma situação de preconceito, do que cair em desespero; mas quando esta defesa se transforma em uma resposta rígida, automática e incontrolável, ela tende a afastar outras pessoas e a criar problemas para o sujeito nas áreas de intimidade e afetividade.

Homossexuais com preconceito internalizado podem, por exemplo, verbalmente agredir outras pessoas com comentários hostis ou sarcásticos, ser extremamente argumentativos e confrontativos, distanciar-se com raiva de contatos sociais, ou constantemente questionar tudo e todos. Outra possibilidade refere-se a indivíduos que tentam, abertamente, provocar as pessoas à sua volta, exibindo sua orientação sexual em situações nas quais ela não é relevante, ou comportando-se de forma extremamente estereotipada e efeminada, apenas com a intenção de agredir e chocar (e não porque o sujeito, de fato, se sente confortável com sua orientação sexual).

O *encobrimento*, já discutido anteriormente, é uma estratégia utilizada por grande parte dos homossexuais durante algum período de suas vidas, geralmente enquanto ainda não são capazes de assumir sua orientação sexual. No caso dos homossexuais masculinos, exemplos comuns de encobrimento seriam os de levar amigas para eventos familiares (com a intenção de que estas pareçam ser suas namoradas), referir-se a namorados utilizando termos neutros tais como “pessoa” (e.g. “conheci uma pessoa ontem”), evitar falar sobre sua vida pessoal, tentar se vestir, falar e agir como um homem heterossexual, evitar contatos com outros indivíduos que pareçam homossexuais, forçar-se a ter um grande número de relacionamentos heterossexuais ou até mesmo casar-se e/ou ter filhos com uma mulher. Para gays com preconceito internalizado, no entanto, o encobrimento faz parte de uma defesa psíquica rígida, inflexível e diária, sem a qual o sujeito não consegue lidar com sua orientação sexual. Ao contrário das demais defesas, o encobrimento é uma escolha consciente, apesar de que, para alguns indivíduos, é possível que ela acabe se tornando uma resposta automática devido à elevada frequência com que é utilizada.

À luz da realidade da homo/bi/transfobia, o encobrimento é uma defesa válida, saudável e adaptativa, necessária para proteger tais coisas como a segurança pessoal, auto-estima, emprego ou família. O que não é saudável sobre o encobrimento é que ele faz com que as pessoas se sintam mal a respeito delas mesmas, porque elas não são livres para se assumirem e serem quem realmente são. Muitos indivíduos GLBT são forçados pela homo/bi/transfobia da sociedade a se tornarem invisíveis... (...) De fato, porque eles não são visíveis, eles não existem. Assim, o encobrimento tem um custo psicológico extremamente alto. (Finnegan & McNally, 2002: 108-109; tradução nossa)

Em outras palavras, o encobrimento se torna destrutivo na medida em que o sujeito não parece conseguir abandonar a “máscara” de heterossexual, mesmo quando cercado por outros indivíduos similarmente estigmatizados.

Na medida em que o indivíduo mantém diante dos outros um espetáculo no qual ele mesmo não acredita, pode vir a experimentar uma forma especial de alienação de si mesmo e uma forma particular de cautela em relação aos outros. (Goffman, [1959] 2005: 216)

Em outras palavras, estes homossexuais podem passar a vida toda escondendo sua orientação sexual, vivendo, e morrendo, como alguém que eles não são.

Além das defesas psíquicas descritas acima, outros autores (Crocker e cols., 1998; Gonsiorek, 1988; Malyon, 1982; Pharr, 1988) postulam que uma estratégia comum utilizada por indivíduos com preconceito internalizado é a *supercompensação*. Neste sentido, alguns homossexuais tentariam superar o preconceito comportando-se de maneiras extremamente positivas e buscando sempre atingir um nível econômico, social e cultural superior ao da maior parte da população. Margolies e cols. (1987), por sua vez, sugerem que abertamente rejeitar ou ter preconceito contra heterossexuais, assim como apresentar um “orgulho excessivo” em ser gay, também podem ser indícios de preconceito internalizado.

O preconceito sexual internalizado aparece com mais freqüência em indivíduos não-assumidos, adolescentes (exacerbado pelas descobertas sexuais e mudanças características desta fase da vida), idosos (devido ao fato de terem passado a maior parte de suas vidas em uma sociedade onde a homossexualidade não era aceita ou tinha pouca visibilidade), religiosos (posto que a maioria das religiões condena a homossexualidade), viúvos (a morte de um parceiro tende a trazer à tona antigos sentimentos de preconceito internalizado) ou HIV-positivo (a doença reforça crenças negativas a respeito da homossexualidade), mas pode existir em pessoas que revelaram e aparentemente aceitam sua sexualidade, tornando-se um fator relevante para sua saúde mental durante o resto de suas vidas (Downey & Friedman, 1995; Gonsiorek, 1982a; Meyer & Dean, 1998; Mostade, 2004; Shernoff, 1999; Siegel & Krauss, 1991; Svensson, 2003). Alguns estudos (Ross, 1985; Rowen & Malcolm, 2002) postulam, igualmente, que o preconceito

internalizado parece estar mais relacionado com uma rejeição social *antecipada* ou *percebida* do que com episódios concretos de discriminação, o que sugere que determinadas variáveis psíquicas individuais atuam como mediadoras importantes no processo de internalização do preconceito. Não obstante a relevância do tema, as pesquisas anteriormente citadas não mencionam quais variáveis seriam estas. Acreditamos, portanto, que este assunto mereça estudos mais aprofundados no futuro.

No que se refere especificamente ao tema da AIDS, podemos dizer que, no caso de homossexuais HIV-positivo com preconceito internalizado, a contaminação é vista como uma punição e pode ser acompanhada de sentimentos de culpa (Hirsch & Enlow, 1984; Nicholson & Long, 1990; Ross & Rosser, 1988). Dupras (1994) menciona que estes indivíduos apresentam uma série de dificuldades de ajustamento sexual, no sentido de que o sexo representaria duas transgressões simultâneas: a homossexualidade e o vírus do HIV. Assim, a relação sexual acarretaria um grau elevado de culpa, pois o sujeito se preocupa em revelar sua soropositividade ao parceiro ao mesmo tempo em que tenta protegê-lo de uma possível contaminação. Um aspecto ainda mais preocupante é a relação do preconceito internalizado com um maior risco de infecção pelo vírus do HIV: visto que muitos destes indivíduos não se identificam como gays, nem participam de eventos dentro da comunidade homossexual, eles estão menos expostos a materiais educativos sobre práticas de sexo seguro direcionados a homossexuais, tornando-os mais propensos a adotar comportamentos de risco (Finnegan & McNally, 2002; Huebner e cols., 2002). Práticas sexuais de risco específicas, tais como o *barebacking* e o *bug chasing*, também parecem estar, tal como veremos adiante, correlacionadas com um grau elevado de preconceito sexual internalizado.

Apesar de não ser nosso objetivo nos aprofundar no tema da correlação entre grau de religiosidade e preconceito internalizado, assunto amplo demais para ser desenvolvido nesta tese, não devemos subestimar o impacto negativo que ensinamentos religiosos contrários à homossexualidade possuem no ajustamento psicológico de gays e lésbicas. Tal como aponta Lynch (1996), religiões de origem cristã, judaica ou islâmica, tendem a ser preconceituosas com relação à homossexualidade, proibindo esta orientação sexual, não reconhecendo a homossexualidade como uma expressão válida do *self*, excluindo homossexuais

de rituais religiosos (e, conseqüentemente, tornando-os invisíveis) ou simplesmente condenando como pecaminosa ou imoral qualquer expressão da sexualidade que não se encaixe no padrão heterossexual tradicional (Barret & Barzan, 1996; Dworkin, 1997; LeVay & Nonas, 1995; Lopes, 2004; Melton, 1991). De acordo com Clark e cols. (1990), as instituições judaico-cristãs têm falhado em:

... aceitar ou apoiar indivíduos ou casais gays assumidos, seja profissionalmente, litúrgica/pastoralmente, ou doutrinariamente. Ao contrário, a tradição judaico-cristã tem encorajado a homofobia na sociedade, conseqüentemente fomentando uma opressão anti-gay que desumaniza indivíduos homossexuais, solapa casais gays, e exacerba tensões familiares entre parentes gays e não-gays. (Clark e cols., 1990: 265; tradução nossa)

Em outras palavras, pode-se dizer que o preconceito contra homossexuais possui parte de suas raízes em crenças religiosas firmemente estabelecidas na nossa sociedade, crenças estas que exacerbam tensões e conflitos já existentes entre homossexuais e suas famílias de origem.

De acordo com Ritter e O'Neill (1989), religiões de origem judaico-cristã apresentam apenas três escolhas morais aos homossexuais: arrependimento/conversão, celibato ou um casamento heterossexual espúrio. De um modo geral, adota-se a postura de “ame o pecador, mas rejeite o pecado”, isto é, a idéia de que a homossexualidade não é, necessariamente, uma escolha, mas que atos homossexuais o são. Dito de outra forma, separa-se *orientação sexual* de *expressão sexual*, divisão que, de acordo com Clark e cols. (1990), é preconceituosa. Religiões orientais, por sua vez, parecem ser similarmente intolerantes. Visto que a maioria das religiões não oferece, seja na ortodoxia ou na prática, modelos positivos de homossexualidade, gays e lésbicas apresentam dificuldade em encontrar orientação e apoio religioso ou espiritual através destas fontes.

Neste sentido, vale frisar a diferença entre religião e espiritualidade. De acordo com alguns autores (Booth, 1995; Hill & Pargament, 2003; Koenig e cols., 2001; Lynch, 1996; Miller & Thoresen, 2003), a *religião* pode ser definida como um conjunto organizado de comprometimentos ideológicos e institucionais (ensinamentos, doutrinas e rituais freqüentemente passados através de líderes) em direção a uma expressão externa do sagrado. Ela seria igualmente uma criação

humana que refletiria características sócio-históricas particulares. A *espiritualidade*, por outro lado, se refere à expressão da fé e à conexão com o sagrado e o transcendente de um modo pessoal, subjetivo, interno e não-sistemizado. Não obstante alguns estudos em psicologia apresentarem religião e espiritualidade como constructos semelhantes (Powell e cols., 2003), acreditamos que sua distinção é de fundamental importância, sobretudo no caso de indivíduos homossexuais e de seus familiares (Lease & Shulman, 2003). De acordo com Lease e cols. (2005), desenvolver um sentido de espiritualidade separado de experiências religiosas mais formais pode mediar os efeitos negativos do preconceito religioso na saúde mental de homossexuais (Davidson, 2000; O'Neill & Ritter, 1992). Neste sentido, estudos recentes têm documentado a reformulação da espiritualidade entre homossexuais (Ritter & Terndrup, 2002), que pode incluir tanto a integração de práticas religiosas tradicionais quanto novos modelos espirituais. Esta mudança parece ter acontecido particularmente após o advento da AIDS, quando o aumento do preconceito contra a homossexualidade, e a proximidade da morte e da doença, fizeram com que muitos indivíduos começassem a questionar o sentido da vida (Fortunato, 1987; Shelp e cols., 1986).

Diversos estudos (Forst & Healy, 1990; George e cols., 2000; Larson & Milano, 1997; Payne e cols., 1991; Tix & Frasier, 1998; Ventis, 1995; Worthington e cols., 1996) têm destacado a correlação entre religião/espiritualidade e saúde física e mental, incluindo bem-estar psicológico (Levin e cols., 1996), redução de sintomatologia depressiva (Ellison, 1995) e geração de sentimentos de esperança durante períodos de estresse (Ross, 1990). No caso dos homossexuais, no entanto, a participação em grupos religiosos organizados tende a prejudicar a saúde mental destes sujeitos (Mahaffy, 1996; Rodriguez & Ouellette, 2000). Isto parece ocorrer porque o preconceito das instituições religiosas tradicionais com relação à homossexualidade gera conflitos psíquicos em indivíduos que acreditam que seus comportamentos estão em desacordo com seu sistema de valores. Em outras palavras, o sujeito passa a acreditar que sua orientação sexual e sua religião são incompatíveis e que, portanto, deve escolher entre uma das duas (Buchanan e cols., 2001; Horne & Noffsinger-Frazier, 2003; Thumma, 1991; Wagner e cols., 1994). *“A integração de uma identidade sexual com uma fé religiosa é tipicamente apresentada como uma luta, com indivíduos abandonando ou sendo abandonados por sua religião*

no processo de aquisição de uma identidade lésbica/gay/bissexual.” (Lease e cols., 2005: 378-379; tradução nossa).

Este conflito, por sua vez, gera sentimentos de vergonha, falta de sentido, desamparo, baixa auto-estima, depressão, ideação suicida e dificuldade de aquisição de uma identidade gay positiva (Schuck & Liddle, 2001), elementos estes que precisam ser trabalhados, seja através de psicoterapia ou de aconselhamento espiritual (Booth, 1995; Lynch, 1996; Sophie, 1987). Para Ritter e O'Neill (1989), por exemplo, homossexuais que acreditam estarem presos em um conflito entre sua orientação sexual e sua fé religiosa podem tentar solucioná-lo através das terapias de conversão, tema que será abordado mais adiante. Estes mesmos autores apontam para o fato de que homossexuais freqüentemente não têm acesso a modelos de indivíduos que foram capazes de integrar sua orientação sexual com uma vida de comprometimento espiritual e podem, portanto, acreditar que esta síntese não é possível.

Segundo Wagner e cols. (1994), rejeitar uma parte integral do *self* (seja a fé religiosa, seja a orientação sexual), pode gerar efeitos profundamente negativos na saúde mental do indivíduo, mas, em alguns casos, a rejeição também pode ser acompanhada de um sentimento de rebelião e de resistência ao preconceito internalizado, exacerbando a auto-aceitação. Ainda sobre este tema, de acordo com Lynch (1996), existiriam algumas saídas para o conflito entre fé e orientação sexual. A primeira seria uma rejeição hostil de qualquer elemento ligado à espiritualidade ou a uma religiosidade considerada tradicional (Barret & Barzan, 1996; Clark e cols., 1990). Nos Estados Unidos, por exemplo, existe evidência de que gays e lésbicas, quando comparados a heterossexuais, participam menos de religiões organizadas (Ellis & Wagemann, 1993; Goodwill, 2000). Estes dados também são corroborados no Brasil: enquanto que estatísticas do *Censo 2000* (Jacob e cols., 2003) revelam que apenas 7,4% da população nacional afirma não freqüentar qualquer tipo de culto religioso, a pesquisa de Carrara e Ramos (2005), aponta para o fato de que 43% dos homossexuais entrevistados se declararam “sem religião”.

A segunda opção para a resolução do conflito entre fé e homossexualidade é a afiliação a instituições religiosas chamadas afirmativas ou reconciliadoras, isto é, especificamente voltadas para minorias sexuais ou que incluem esta parcela da população nas suas doutrinas, rituais e cerimônias. Nos Estados Unidos existem

diversas congregações deste tipo, ao passo que no Brasil as mais conhecidas são a *Igreja da Comunidade Metropolitana*⁴⁹ (de orientação cristã, com filiais em diversos estados brasileiros) e a *Acalanto* (de orientação evangélica pentecostal, sediada em São Paulo). A pesquisa de Lease e cols. (2005), por exemplo, revelou que participar de grupos religiosos afirmativos da homossexualidade (ou seja, que aceitam, positivamente, membros de minorias sexuais) aumenta a espiritualidade e reduz o preconceito internalizado, o que, por sua vez, promove bem-estar psicológico. Segundo os autores, a mudança ocorreria porque as atitudes e comportamentos positivos com relação à homossexualidade proporcionados por estes grupos religiosos são contrastados com mensagens preconceituosas internalizadas pelo indivíduo. No caso brasileiro, existe ainda a possibilidade de migração para religiões de origem africana (tais como o Candomblé e a Umbanda) que tendem a ser mais receptivas a homossexuais. Este fenômeno foi verificado em Nunan (2001) e corroborado em estudos posteriores (Carrara & Ramos, 2005).

Outra opção para sair do conflito entre fé e orientação sexual incluiria a leitura de livros que questionam as interpretações Bíblicas tradicionais a respeito da homossexualidade, tal como os trabalhos de Boswell (1980) e Helminiak (1998). Lease e cols. (2005) também postulam que desenvolver uma espiritualidade pessoal, ressignificando símbolos religiosos e trabalhando sentimentos de luto relacionados com a perda de uma fé tradicional (Fortunato, 1982; Ritter & O'Neill, 1989, 1996), estão associadas com uma melhoria na saúde mental dos homossexuais. Vale lembrar, igualmente, que de acordo com o estudo de Lease e Shulman (2003), famílias que aceitam positivamente a assunção da homossexualidade de um de seus membros tendem a passar por processos semelhantes de mudanças no comportamento religioso, isto é, freqüentemente abandonam crenças religiosas de um modo geral ou partem em busca de religiões que sejam mais receptivas à homossexualidade.

Segundo diversos autores (Downey & Friedman, 1995; Friedman, 1998; Sophie, 1988), além da resolução de conflitos espirituais relatada acima, a assunção da homossexualidade e a adoção de uma identidade gay positiva estão

⁴⁹ A *Igreja da Comunidade Metropolitana* no Brasil é uma filial da norte-americana *MCC (Universal Fellowship of Metropolitan Community Churches)*, considerada a primeira e maior organização religiosa no mundo a permitir a celebração de cultos cristãos por e para gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros. Fundada em 1968 pelo Reverendo Troy Perry, possui mais de 40,000 membros em 12 países.

intimamente relacionadas com a diminuição do preconceito internalizado. Em outras palavras, na medida em que o preconceito diminui, o sujeito se sente mais livre para assumir sua orientação sexual, ao passo em que a visibilidade também tende a diminuir o preconceito internalizado. Tal como vimos anteriormente, a assunção da homossexualidade provoca o questionamento das crenças e normas sociais, enquanto que o preconceito sexual (tanto institucionalizado quanto internalizado) é progressivamente exposto e rotulado como um problema. Em vez de odiar-se a si mesmo o indivíduo passa, a partir deste momento, a dirigir seu descontentamento para alvos externos, isto é, para as instituições sociais que favorecem o preconceito (Margolies e cols., 1987). De acordo com Kus (1988) também é necessário que o sujeito reconheça os sentimentos de raiva e rejeição anteriormente direcionados ao *self*, trabalhando-os individualmente (utilizando biblioterapia⁵⁰, por exemplo) ou através de uma psicoterapia adequada, isto é, realizada por um profissional que esteja familiarizado com a dinâmica do preconceito internalizado.

Além de assumir-se como homossexual, entrar em contato com indivíduos similarmente estigmatizados através da comunidade gay e freqüentar grupos militantes ou de apoio-mútuo, também tende a reduzir o preconceito internalizado, favorecendo uma melhoria na qualidade de vida destes sujeitos (Kus, 1988; Szymanski e cols., 2001; Wagner e cols., 1994; Wilson, 1999). De acordo com Sophie (1987), ter amigos homossexuais que atuem como modelos positivos e que contradigam estereótipos é extremamente importante na superação do preconceito internalizado e no desenvolvimento de uma identidade gay positiva. No entanto, esta necessidade de contato com outros homossexuais coloca o indivíduo em uma situação paradoxal: para poder mudar suas crenças negativas à respeito da homossexualidade e passar a auto-aceitar-se, o sujeito precisa ativamente procurar interagir com pessoas que ele considera indesejáveis. Segundo a autora, na maioria dos casos este paradoxo é solucionado quando o indivíduo acaba entrando em contato, seja forçosamente ou por acaso, com membros da comunidade homossexual.

Ainda segundo Sophie (1987), a redução (ou eliminação) do preconceito internalizado pode ser observada através de determinados indícios, tais como o

⁵⁰ A *biblioterapia* pode ser definida como uma técnica que utiliza a leitura dirigida com fins terapêuticos, ocupacionais ou educativos.

fato do indivíduo se sentir mais confortável com relação a seus sentimentos, relacionamentos e fantasias homossexuais; sua aceitação, admiração e respeito por outros gays e lésbicas; sua habilidade em estabelecer uma relação amorosa homossexual significativa; assunções da própria homossexualidade realizadas de forma positiva (ao invés de agressivamente ou como se o sujeito estivesse pedindo desculpas); e o pertencimento a um grupo de referência positivo com relação à homossexualidade (grupo este que pode incluir tanto outros gays e lésbicas quanto amigos heterossexuais não preconceituosos).

De acordo com uma série de autores (Downey & Friedman, 1995; Margolies e cols., 1987), é bastante incomum que homossexuais procurem psicoterapia apresentando como queixa principal o preconceito internalizado: este freqüentemente aparece na forma de sintomas e em conjunção com uma série de outras queixas, tais como dificuldades com relacionamentos, trabalho ou sentimentos de depressão e/ou ansiedade sem causa aparente. Em alguns casos, é possível que o indivíduo esteja consciente de sentimentos negativos relacionados à homossexualidade, mas tem dificuldade em perceber as formas em que estas crenças podem estar afetando sua vida no presente. De acordo com alguns estudos (Friedman & Downey, 1995; Lease e cols., 1995; McDermott e cols., 1989), homossexuais com preconceito internalizado que estão em terapia podem ter dificuldade em investigar temas relacionados à identidade sexual, além de apresentarem uma redução no grau de compromisso com o processo terapêutico ou reações terapêuticas negativas.

Segundo os estudos citados ao longo deste capítulo, o preconceito sexual internalizado entre homossexuais masculinos parece estar particularmente correlacionado com os seguintes sintomas, geralmente precipitados por um evento de vida estressante: busca por terapias de conversão da homossexualidade, depressão e suicídio, transtornos alimentares, abuso de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, e violência doméstica. Cada um destes temas será analisado em separado a seguir, mas, antes de iniciarmos esta discussão, gostaríamos de frisar que o fato da literatura especializada ter encontrado correlações entre preconceito internalizado e determinados sintomas não quer dizer que esta relação seja causal, direta ou que se estabeleça, invariavelmente, em todos os casos. O que postulamos é que, no caso de homossexuais que apresentam

determinadas queixas clínicas, a influência do preconceito internalizado deve ser sempre avaliada como uma possibilidade.

7.1

As terapias de conversão da homossexualidade

Denominamos *terapia de conversão* qualquer intervenção ou processo que vise facilitar a mudança de uma orientação homossexual para uma orientação heterossexual (Ford, 2001). Apesar de também serem chamadas de *terapias de re-orientação sexual* ou *terapias reparativas* (sugerindo, aqui, que a homossexualidade é algo que precisa ser “reparado”), optamos por utilizar a expressão *terapias de conversão* por acreditar que ela expressa melhor a mistura de teorias psicológicas e religiosas características deste tipo de intervenção. De acordo com Stein (1996), todas as terapias de conversão (estejam estas baseadas em distorções de constructos psicanalíticos, comportamentais ou religiosos) se apóiam na premissa central de que a homossexualidade é patológica, moralmente errada, socialmente indesejável ou um pecado. Outro elemento distintivo das terapias de conversão é o fato delas divulgarem informações, na maioria das vezes, falsas, preconceituosas ou limitadas a respeito da homossexualidade. Assim, de acordo com as teorias utilizadas por estas intervenções, homossexuais seriam pessoas infelizes, doentes, infantilizadas, e que nunca atingirão aceitação social ou satisfação em suas vidas. Aceitar a própria homossexualidade provocaria um risco maior de ansiedade, depressão, baixa auto-estima, solidão, tentativas de suicídio, fracassos em relacionamentos, abuso de álcool e drogas, tabagismo, adição a práticas sexuais doentias, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (Schroeder & Shidlo, 2001).

Devemos notar, também, que as terapias de conversão, de um modo geral, parecem estar muito mais preocupadas com a homossexualidade masculina do que com a feminina, o que é evidenciado pela negligência de teorias e intervenções voltadas para lésbicas (Adams & Sturgis, 1977; Haldeman, 2001). Segundo Stein (1996), o foco das terapias de conversão na homossexualidade masculina (e não na feminina), resulta não apenas de uma maior ênfase da literatura psicológica em temas relativos à masculinidade, mas do fato de que, na nossa sociedade, o preconceito contra gays é muito maior do que contra lésbicas. Tal como

discutimos anteriormente, estas diferenças no preconceito experienciado por gays e lésbicas podem estar relacionadas com uma maior rigidez do papel de gênero masculino (e conseqüente ansiedade sobre possíveis variações deste), assim como por uma desvalorização da sexualidade feminina de um modo geral.

Dado que este é um tema sério e complexo demais para ser abordado rapidamente, será preciso que façamos uma análise detalhada das terapias de conversão, sobretudo porque este tipo de intervenção se dirige, basicamente, a homossexuais com preconceito internalizado. Vale ressaltar, também, que a discussão sobre as terapias de conversão vêm ganhando cada vez mais espaço no Brasil. Visto que uma das características centrais da situação de vida de indivíduos estigmatizados é a de querer ser aceito por parte da sociedade mais ampla, é comum que adultos homossexuais recorram espontaneamente à terapias de conversão com o intuito de ganhar respeito e consideração por parte dos heterossexuais. Tentam, assim, corrigir diretamente o que consideram ser a base objetiva de seu “defeito”, tornando-se, muitas vezes, vítimas de indivíduos inescrupulosos ou de terapeutas incompetentes.

Deste modo, iniciaremos este capítulo com uma breve menção à retirada da homossexualidade como uma categoria diagnóstica de doença mental, seguida pelas resoluções adotadas por diversas associações de psiquiatria e psicologia contra a utilização das terapias de conversão. Visto que a contextualização histórica do surgimento do conceito de homossexualidade já foi feita em outro capítulo, nos deteremos com mais detalhes no que chamamos de “teorias psicológicas”, isto é, teorias de orientação psicanalítica ou comportamental que têm servido de base para as terapias de conversão⁵¹. Esta seção terá início com uma breve menção à teoria freudiana sobre a homossexualidade, visto que distorções do pensamento psicanalítico clássico formam a base das teorias propagadas por autores que pregam a conversão de homossexuais. Mais tarde, abordaremos as terapias de conversão de base religiosa (também chamada de “movimento dos ex-gays”). Neste sentido, devemos ressaltar que as intervenções de natureza religiosa, freqüentemente gratuitas e com programas de cura (baseados em rezas) fáceis de seguir, tendem a atrair indivíduos de níveis sócio-

⁵¹ Algumas terapias de conversão de base psiquiátrica também fazem uso de intervenções psicotrópicas, administrando anti-depressivos ou ansiolíticos com o intuito de ajudar o indivíduo a controlar o comportamento homossexual ou a reduzir fantasias e desejos.

econômico-culturais mais baixos do que aqueles que freqüentam as terapias de conversão de base psicológica, que possuem um elevado custo financeiro e requerem um certo nível de sofisticação intelectual (Besen, 2003). Após o estudo das teorias que embasam as terapias de conversão, analisaremos as pesquisas que relatam a suposta eficácia destas intervenções, seguidas de críticas a estas mesmas pesquisas, sobretudo no que se refere aos problemas éticos gerados pelas terapias de conversão. Por último, finalizaremos o capítulo discutindo a relação entre as terapias de conversão e a exacerbação do preconceito internalizado e de suas correlações clínicas.

Homossexualidade é doença? As resoluções

O surgimento das terapias de conversão, propriamente ditas, pode ser datado em 1952, quando a *Associação Psiquiátrica Americana* classificou a homossexualidade como uma “personalidade sociopática”, que se caracterizava pela ausência de ansiedade ou desconforto subjetivo a despeito da presença de uma patologia profunda, no caso a própria homossexualidade (Svensson, 2003). Assim, quando este pronunciamento oficial ocorreu, médicos, psicólogos e organizações religiosas começaram a organizar programas para tentar mudar a orientação sexual de indivíduos homossexuais.

O uso da categoria diagnóstica de “personalidade sociopática” brincou com os medos e ansiedades de que não apenas certos tipos de comportamento sexual eram desordenados, mas inerentemente perigosos para a sociedade como um todo. (Forstein, 2001: 169; tradução nossa)

A categoria de “personalidade sociopática” foi retirada em 1968, mas a homossexualidade continuou a ser caracterizada, junto com diversas parafilias, como um distúrbio mental, agora sob o rótulo de “outras desordens mentais não-psicóticas”. No final da década de 50, um famoso estudo realizado pela psicóloga Evelyn Hooker (1957) desconfirmou a crença de que a homossexualidade de um indivíduo podia ser aferida através de testes psicométricos. Junto com a falta de evidências científicas claras e convincentes de que a homossexualidade deveria ser considerada um distúrbio mental, a *Associação Psiquiátrica Americana* retirou a homossexualidade do *DSM* em 1973, uma decisão que gerou enorme

controvérsia, visto que a APA foi acusada de ter sido influenciada por militantes do movimento homossexual. No entanto, “*as mudanças nas atitudes públicas esclarecidas em relação à homossexualidade efetuaram mudanças correspondentes na percepção psiquiátrica dela*” (Slater, 2004: 100). Acreditando que alguns indivíduos homossexuais poderiam se sentir desconfortáveis com sua sexualidade, a categoria diagnóstica de “distúrbio de orientação sexual” foi mantida (*DSM-II*), posteriormente substituída por “homossexualidade egodistônica”⁵² em 1980 (*DSM-III*). Estas novas categorias diagnósticas continuaram a criar oportunidades para a atuação das terapias de conversão. Apesar do diagnóstico de “homossexualidade egodistônica” ter sido retirado do *DSM-III-R* em 1987, este manual reteve uma categoria que inclui indivíduos insatisfeitos com sua orientação sexual sob o título de “disfunções sexuais sem outras especificações”. De acordo com Burr (1996), a *Associação Psicológica Americana* adotou medidas semelhantes em 1975 e 1987, respectivamente, ao passo que a *Organização Mundial de Saúde* seguiu o caminho em 1993, retirando a homossexualidade de sua *Classificação Internacional de Doenças (CID 10)*, não obstante ter mantido a categoria diagnóstica de “orientação sexual egodistônica”.

Além da retirada da categoria diagnóstica de homossexualidade, a maior parte das associações de saúde mental dos Estados Unidos emitiu resoluções que condenam a prática de qualquer tipo de terapia que vise transformar a orientação sexual do indivíduo, ressaltando que a homossexualidade não é uma doença, que não existem provas científicas de que as terapias de conversão funcionem, e de que é possível que elas tenham conseqüências negativas para a saúde mental do sujeito. Deste modo, a *Associação Psiquiátrica Americana* emitiu resoluções desta natureza em 1994, 1997, 1998, 1999 e 2000, enquanto a *Associação Psicológica Americana* adotou medidas similares em 1975, 1990, 1994, 1997, 1998, 2000 e 2001. Outras associações, tais como a *Academia Americana de Pediatria* (1993)⁵³, *Associação Médica Americana* (1994), *Academia Americana*

⁵² De acordo com Haldeman (1994), historicamente o que eram consideradas respostas egodistônicas à homossexualidade nada mais são do que reações de preconceito internalizado diante de uma sociedade hostil.

⁵³ Apesar de estarmos fazendo menção a associações que lidam com crianças e adolescentes, não é nossa intenção discutir o fato de que muitos pais obrigam seus filhos a se submeterem a terapias de conversão com o intuito de evitar uma possível orientação homossexual no futuro. Importante apontar também que atualmente as terapias de conversão de base religiosa têm voltado seus

de Médicos de Família (1994), Associação Nacional de Serviço Social (1997), Associação de Aconselhamento Americana (1998), Associação Psicanalítica Americana (2000) e Anistia Internacional (2001), emitiram resoluções igualmente fortes contra as terapias de conversão.

No Brasil a situação é similar, isto é, a homossexualidade deixou de ser classificada como “desvio e transtorno sexual” pelo *Conselho Federal de Medicina* em 1985. O *Conselho Federal de Psicologia*, por sua vez, “considerando que a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio, nem perversão” também estabelece no artigo 3 de sua resolução 01/99 de março de 1999 que “os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades”. Devido à crescente repercussão na mídia do tema das terapias de conversão, o mesmo *Conselho Federal de Psicologia* reiterou os princípios da resolução anterior no seu ofício circular 222/03 de setembro de 2003.

Não obstante a forte oposição às terapias de conversão, este tipo de intervenção vêm ganhando cada dia mais força nos Estados Unidos e, mais recentemente, no Brasil, onde em fevereiro de 2004 foi criada a *ABRACEH* (*Associação Brasileira de Apoio aos que Voluntariamente Desejam Deixar a Homossexualidade*), com sede no Rio de Janeiro e liderada pela psicóloga Rosângela Alves Justino. Mais recentemente, em agosto de 2004, a *Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj)* já tinha aprovado, em duas comissões, um projeto de lei que prevê a criação, pelo Governo, de um “programa de auxílio às pessoas que, voluntariamente, optarem pela mudança da homossexualidade para a heterossexualidade”. Um outro projeto do mesmo teor também tramita na *Câmara dos Deputados*, em Brasília. Vale ressaltar que tanto a *ABRACEH* quanto os referidos projetos de lei contam com amplo apoio e participação de grupos religiosos Evangélicos.

Terapeutas que praticam a conversão da homossexualidade postulam que os pacientes têm o direito de optarem, voluntariamente, pelo tipo de terapia que recebem e a liberdade de escolherem como vivenciar sua orientação sexual (Yarhouse, 1998). Naturalmente, o que estes terapeutas propõem é sempre a

esforços de marketing sobretudo para crianças e adolescentes (Cianciotto & Cahill, 2006). Não obstante este assunto ser extremamente sério e importante ele foge ao escopo desta tese, devendo ser discutido em um trabalho separado.

conversão da homossexualidade em heterossexualidade, nunca o contrário, o que torna claro o fato destes esforços basearem-se na assunção de que a homossexualidade, em si mesma, é patológica, anormal, indesejável ou problemática (Forstein, 2001). Praticantes das terapias de conversão sugerem, igualmente, que terapeutas que não queiram atender indivíduos que estejam buscando a cura da sua homossexualidade, têm a responsabilidade ética de encaminhá-los para terapias de conversão.

Para McConaghy (1977), indivíduos que procuram tratamentos de conversão não devem ser considerados vítimas da sociedade, mas como sujeitos capazes de realizar uma demanda voluntária que esteja de acordo com suas necessidades e seus valores morais e religiosos. A nossa postura é de que este tipo de raciocínio possui dois problemas centrais. Em primeiro lugar, respeitar as demandas, necessidades e valores do paciente não significa, necessariamente, concordar com eles. Em segundo lugar, devemos ter em mente que dado o elevado grau de preconceito sexual na nossa sociedade, homossexuais não possuem a liberdade de serem eles mesmos e, em muitos casos, não têm sequer acesso a informações cientificamente corretas sobre homossexualidade.

Crescer em uma família onde a palavra “homossexual” era sussurrada, brincar em uma praça e escutar as palavras “viado” e “bicha”, ir à Igreja e escutar falar sobre o “pecado” e, depois, na universidade ouvir “doença”, e, finalmente, para o centro de aconselhamento que promete “curar” é dificilmente uma forma de criar um ambiente de liberdade e escolha voluntária. (Silverstein, 1972: 4; tradução nossa)

Outros autores (Begelman, 1975; Weeks, 1977), insistem que a mera existência das terapias de conversão fomenta o preconceito contra a homossexualidade, ao mesmo tempo em que aumenta o preconceito internalizado de indivíduos que buscam uma suposta cura para sua orientação sexual (Martin, 1984). Críticos destas terapias também argumentam que mudar a orientação sexual de um indivíduo não é possível, e que tentar fazê-lo pode ter conseqüências extremamente prejudiciais (Murphy, 1992, 1997; LeVay, 1996). Para Haldeman (1991), por exemplo, as terapias de conversão estão baseadas em uma ciência questionável e inadequada, e terapeutas que fazem uso deste tipo de intervenção estão cometendo “fraude ao consumidor”, visto que a terapia simplesmente não funciona.

As teorias de base psicanalítica

A história das terapias de conversão parece estar inexoravelmente ligada com à da psicanálise (Drescher, 2001a), visto que distorções das formulações freudianas têm servido como base teórica para a maior parte das “psicoterapias” que visam converter homossexuais em heterossexuais. Não obstante a importância do tema, uma análise detalhada dos postulados freudianos a respeito da homossexualidade foge ao escopo desta tese e, portanto, remetemos o leitor interessado neste assunto aos trabalhos de Costa (1995a) e aos seguintes textos de Freud ([1893-1895; 1900-1901; 1901; 1905a; 1905b; 1908a; 1908b; 1908c; 1909a; 1909b; 1910; 1914; 1920; 1921; 1922; 1923; 1932] 1969).

O fato de indivíduos que trabalham com terapias de conversão terem realizado apropriações distorcidas da teoria freudiana para usá-las como embasamento de suas convicções a respeito da homossexualidade, fez com que a psicanálise ganhasse um status mítico não-merecido de “inimiga dos gays” (Drescher, 2001a). Tiradas do contexto no qual foram escritas, e dependendo da escolha seletiva de citações, Freud pode ser interpretado simultaneamente como extremamente preconceituoso (Nicolosi, 1997) ou como um defensor dos homossexuais (McWilliams, 1996). Acreditamos que um dos últimos comentários de Freud sobre o tema da homossexualidade - a célebre carta escrita a uma mãe norte-americana em abril de 1935 – fala por si só no que se refere à opinião deste autor sobre a possibilidade de fazer com que um homossexual se torne heterossexual através de terapia.

Ao solicitar a minha ajuda, a senhora revela a intenção, suponho eu, de obter que eu abule a homossexualidade e faça com que a heterossexualidade assumo o seu lugar. A resposta é que, de maneira geral, não temos possibilidade de consegui-lo. (...) O que a análise pode fazer por seu filho é coisa bem diferente. Se ele se sente infeliz, neurótico, despedaçado por conflitos, inibido na sua vida social, a análise pode trazer-lhe harmonia, paz de espírito, plena eficiência, continue ele homossexual ou se modifique. (Freud, citado por Jones, 1975: 738-739)

Nesta carta, Freud aponta para o fato de que “abolir a homossexualidade e fazer com que a heterossexualidade assumo o seu lugar” era praticamente impossível, idéia que já tinha sido colocada em *A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher* (Freud, [1920] 1969).

O número de êxitos conseguidos pelo tratamento psicanalítico das diversas formas de homossexualismo, que, por casualidade, são múltiplas, na verdade não é muito notável. Via de regra, o homossexual não é capaz de abandonar o objeto que o abastece de prazer ... (...) Se chega a ser tratado, isso se dá principalmente pela pressão de motivos externos, tais como as desvantagens sociais e os perigos ligados à sua escolha de objetos; e esses componentes do instinto de autoconservação mostram-se fracos demais na luta contra os impulsos sexuais. (Freud [1920] 1969: 162-163)

Ele chega a mencionar, inclusive, uma idéia que é negada por praticantes das terapias de conversão, isto é, a noção de que aqueles indivíduos que procuram ajuda por causa de sua homossexualidade o fazem por motivos externos, tais como o preconceito social.

Os autores pioneiros das terapias de conversão: Rado, Bieber, Socarides e Ovesey

Segundo Drescher (2001a), os psicanalistas estiveram por muitos anos na vanguarda de redefinir psicologicamente comportamentos que eram considerados socialmente inaceitáveis, o que acabou gerando a falsa esperança de que intervenções de natureza psicológica pudessem modificá-los. Com o *boom* da psicanálise nos meios psiquiátricos e acadêmicos dos Estados Unidos entre as décadas de 40 e 60, muitos homossexuais procuraram voluntariamente tratamento psicanalítico para sua homossexualidade (Duberman, 1991; Isay, 1996). Após a morte de Freud em 1938, algumas teorias psicanalíticas, a maioria muito diferentes do modelo freudiano, começaram a oferecer explicações alternativas para a atração homossexual, o que criou “possibilidade terapêuticas” (Drescher, 2001a). Antes de começar a analisar estas teorias, faz-se importante ressaltar, no entanto, que a psicanálise, em si mesma, não é “a favor” nem “contra” os homossexuais e que, a despeito da utilização distorcida de conceitos psicanalíticos dentro das terapias de conversão, os praticantes desta modalidade de “atendimento psicológico” têm sido marginalizados pelas instituições psicanalíticas tradicionais.

Apesar de termos escolhido analisar em maior profundidade um número limitado de autores, não podemos esquecer que muitos outros estudiosos se dedicaram ao tema da gênese, e conseqüente conversão, da homossexualidade. Na maior parte das vezes, estes teóricos extrapolavam opiniões profissionais baseadas em casos clínicos isolados de pacientes institucionalizados ou em tratamento

psiquiátrico, como representativas da população homossexual com um todo. Estes escritos acabaram tendo um impacto sem precedentes na opinião que os profissionais de saúde mental possuíam a respeito da homossexualidade. Para sermos justos, lembramos, no entanto, que nesta época era extremamente difícil para os pesquisadores encontrarem amostras de homossexuais assumidos, visto que em alguns países a homossexualidade era ilegal e os movimentos políticos e sociais em defesa dos homossexuais se mostravam ainda muito incipientes (Besen, 2003).

Sandor Rado

Dentre todos os psicanalistas pós-freudianos, foi Sandor Rado (1962, 1969) quem lançou os fundamentos para o que mais tarde ficaria conhecido como terapia de conversão. A teoria de Rado sobre a homossexualidade deriva da refutação da crença freudiana de uma bissexualidade psíquica, visto que Rado alegava que este postulado estava baseado em uma analogia incorreta com a bissexualidade anatômica. De fato, uma das bases da teoria de Freud era a idéia, corrente no século XIX mas depois desconfirmada, de que o embrião era hermafrodita, isto é, que qualquer embrião teria a possibilidade de se tornar, anatomicamente, macho ou fêmea. No entanto, após desconstruir as metáforas biológicas de Freud, Rado sucumbe a problemas epistemológicos semelhantes, pois também se baseia em modelos fisiológicos e evolucionistas como metáforas concretas para a experiência psicológica. Rado fala, por exemplo, que os organismos adaptados são aqueles que estão mais aptos para sobreviver e se reproduzir. Declara, igualmente, que a heterossexualidade é o único desfecho não-patológico do desenvolvimento sexual humano. Partindo destes pressupostos, Rado oferece a seguinte teoria da etiologia da homossexualidade:

Pares homossexuais satisfariam seu repudiado mas irresistível desejo macho-fêmea através de aproximações e ilusões compartilhadas; tal é a força sobre o indivíduo de uma instituição cultural (*o casamento*) baseada em fundamentos biológicos. (...) Por que é o assim chamado homossexual forçado a escapar do par macho-fêmea em direção a um par homogêneo? (...) (*por causa da*) familiar campanha de dissuasão que os pais travam para proibir a atividade sexual da criança. (...) A campanha faz com que o homem enxergue no órgão feminino mutilado uma lembrança da punição da qual não pode escapar. Quando o medo e o ressentimento sentidos pelo órgão oposto tornam-se intransponíveis, o

indivíduo pode escapar na direção da homossexualidade. Os padrões masculinos são re-assegurados pela presença em ambos homens do pênis. A homossexualidade é uma adaptação deficiente do organismo em resposta a seu próprio exagero e descontrole emergencial. (Rado, 1969: 212-213; tradução nossa; parênteses nossos)

Assim, para Rado, a homossexualidade representava uma tentativa de “reparação” do indivíduo para tentar atingir prazer sexual quando o escoadouro heterossexual “normal” se mostrava muito ameaçador. Enquanto o medo e o ressentimento podiam prejudicar a expressão “natural” do desejo heterossexual, eles não eram capazes de destruí-lo – apenas a desorganização esquizofrênica seria capaz de obter este fim (Rado, 1962).

Rado faz uso de algumas idéias freudianas relativas à homossexualidade, tais como o fato de que esta poderia derivar de um temor à castração, mas distorce o pensamento de seu predecessor e fixa sua teoria em bases evolucionistas. Tendo explicado a homossexualidade não como um componente da vida instintual, mas como uma resposta fóbica a membros do sexo oposto, Rado e seus discípulos foram capazes de adotar uma postura “terapêutica”. Este novo otimismo começou a afetar o trabalho clínico e teórico de alguns psicanalistas a partir da década de 60, quando o status da homossexualidade começou a se tornar um tema de preocupação social (Bayer, 1987). Por último, devemos lembrar que a importância de Rado reside no fato de que seu modelo de homossexualidade dominou a psiquiatria norte-americana até o ano de sua morte, em 1972. Apesar desta teoria não ser mais o paradigma dominante, ela continua a surgir com novas roupagens.

Irving Bieber

Bieber (e cols., 1962, 1967), como Rado, também rejeitava a teoria freudiana da bissexualidade, enfatizando, pelo contrário, que a heterossexualidade exclusiva era a norma biológica. “*Nós assumimos que a heterossexualidade é a norma biológica e que, se não houver interferências, todos os indivíduos são heterossexuais.*” (Bieber e cols., 1962: 319; tradução nossa). Assim, Bieber se propôs a reverter a crença psicanalítica clássica da presença de um desejo homossexual latente em todos os heterossexuais afirmando: “*Nós consideramos a homossexualidade como uma adaptação biossocial e psicossocial patológica resultante de um medo intenso da expressão de impulsos heterossexuais. No nosso*

entendimento, todo homossexual é, na realidade, um heterossexual 'latente'.” (Bieber e cols., 1962: 220; tradução nossa). Neste sentido, o tratamento proposto por Bieber consistia em expor o medo irracional da heterossexualidade, com a intenção de que este fosse resolvido e que a heterossexualidade latente do paciente pudesse surgir. Como veremos adiante, estas idéias acabaram se tornando um dos pilares das terapias de conversão.

Tendo rejeitado a possibilidade de que fatores constitucionais pudessem explicar o desenvolvimento da homossexualidade, Bieber se voltou para um ambicioso estudo de famílias de pacientes homossexuais que estavam recebendo tratamento psicanalítico. Com a ajuda de 77 colaboradores, ele examinou, durante dez anos, 106 homens homossexuais (grupo experimental), comparando-os com 100 homens heterossexuais (grupo controle), com o objetivo de identificar padrões familiares responsáveis pela homossexualidade. Segundo os próprios autores do estudo, seus resultados apontavam para o fato da homossexualidade ser uma adaptação resultante de relações pais-filho altamente patológicas durante a infância.

Acreditava-se que as mães eram excessivamente protetoras e íntimas e impediam o desenvolvimento normal de seus filhos respondendo a seus impulsos heterossexuais com hostilidade, freqüentemente expressando atitudes desmasculinizantes e feminizantes, interferindo com a relação pai-filho fomentando competitividade, com freqüência favorecendo seus filhos ao invés de seus maridos, inibindo o desenvolvimento de relacionamentos normais de amizade com meninos da mesma idade e prejudicando a capacidade para a ação independente, subvertendo todo sinal de autonomia. (Bieber e cols., 1962: 23; tradução nossa)

Para Bieber, o relacionamento entre mãe e filho era prejudicial porque causava um profundo distúrbio interpessoal nos relacionamentos pai-filho. Como um grupo, os pais de homossexuais eram representados como distantes, hostis, depreciativos e abertamente rejeitadores. Ao falhar em atender as necessidades de afeto de seus filhos eles criavam uma carência patológica que só poderia ser satisfeita com outros homens através de uma adaptação homossexual. Bieber acabava por confirmar a teoria de Rado de que fatores constitucionais eram irrelevantes na gênese da homossexualidade, que era causada, ao contrário, pela psicopatologia parental.

Vale ressaltar, por último, que o estudo conduzido por Bieber relatou que dos 106 homossexuais estudados, 27% haviam se tornado exclusivamente heterossexuais durante o tratamento psicanalítico. Não obstante o número relativamente pequeno de conversões, Bieber sugere que “*apesar desta mudança ser mais facilmente alcançada por alguns indivíduos, no nosso julgamento a mudança heterossexual é uma possibilidade para todos os homossexuais que estão fortemente motivados a mudar.*” (Bieber, 1967: 82; tradução nossa). Eis, aqui, uma das primeiras pesquisas que relatam dados sobre a “conversão homossexual”. O autor conclui que psicanalistas deveriam dirigir seus esforços na direção de ajudarem seus pacientes a alcançarem a heterossexualidade, ao invés de se ajustarem à homossexualidade.

De acordo com Besen (2003), o estudo de Bieber teve enorme repercussão na época de seu lançamento, mas foi severamente desacreditado ao longo dos anos. Isto ocorreu porque a amostra utilizada era falha: dos 106 sujeitos homossexuais que participaram da pesquisa 28 eram esquizofrênicos, 31 neuróticos e 42 possuíam distúrbios de personalidade. Além da utilização de uma população clínica para compor a amostra do seu estudo, 18% dos sujeitos que teriam se tornado heterossexuais após a intervenção eram, na verdade, bissexuais. No mesmo sentido, Bieber baseou os resultados nas suas impressões pessoais a respeito da mudança dos sujeitos, isto é, sequer perguntou aos participantes se estes achavam que haviam se tornado heterossexuais, nem tampouco utilizou medidas que pudessem ser validadas externamente. Deste modo, na melhor das hipóteses, os resultados do estudo se baseavam em mudanças comportamentais, e não de fantasias ou atrações homossexuais. A pesquisa de *follow-up* realizada foi igualmente mal-apresentada e pobre em dados empíricos (Haldeman, 1994). Por este motivo, autores subseqüentes que tentaram replicar o estudo desacreditaram os resultados obtidos por Bieber.

Charles Socarides

Socarides⁵⁴ (1968, 1969, 1970, 1972, 1974, 1975, 1978), assim como Bieber, foi uma figura proeminente na psiquiatria norte-americana do final dos anos 60 e começo de 70. Segundo este autor, a homossexualidade é uma psicopatologia profunda, visto que a escolha de objeto heterossexual, um produto da diferença sexual, é determinada por 2 bilhões e meio de anos de evolução humana. Contraditoriamente, Socarides também argumenta que tanto a heterossexualidade quanto a homossexualidade são comportamentos aprendidos.

A escolha de objeto heterossexual é traçada desde o nascimento de acordo com a anatomia de criança e posteriormente reforçada por doutrinação cultural e ambiental. Ela é reforçada mais uma vez por conceitos humanos universais de acasalamento e pelas tradições da unidade familiar, junto com a natureza complementar e contrastante entre os dois sexos. Tudo, da morte ao nascimento, é criado para perpetuar a dualidade macho-fêmea. Este padrão não é apenas culturalmente gravado, mas anatomicamente traçado. O termo “anatomicamente traçado” não significa, contudo, que escolher uma pessoa do sexo oposto é uma questão instintual. O ser humano é uma entidade biologicamente emergente, fruto da evolução, favorecendo a sobrevivência. (Socarides, 1974: 291; tradução nossa)

Socarides (1975) compartilhava a visão de Rado e Bieber de que a homossexualidade podia ser explicada apenas em termos de fortes medos infantis que atrapalhassem o que a evolução humana tinha decretado ser o curso normal de desenvolvimento. Sua maior contribuição para as teorias que embasam as terapias de conversão tem sido a sugestão de que a perturbação responsável pelos medos infantis ocorria muito antes da fase edípica.

O fracasso em atravessar bem-sucedidamente o estágio de desenvolvimento que ocorre antes da idade de três anos, ponto no qual acredita-se que a criança estabeleça uma identidade separada da de sua mãe (a fase de separação-indivuação) possui conseqüências calamitosas. No caso da criança do sexo masculino, manter-se patologicamente ligado à mãe impede o surgimento de uma identidade de gênero apropriada. Conseqüentemente, todos os homossexuais “verdadeiros” ou “obrigatórios” se caracterizam por uma identificação feminina, e qualquer esforço em estabelecer um relacionamento com uma mulher que não seja a mãe produz uma profunda ansiedade de separação, provocando, ao mesmo tempo, um medo terrível de ter o *self* engolido ou perdido. (Socarides, 1969: 202; tradução nossa)

⁵⁴Vale ressaltar que Charles Socarides é membro da *IPA (International Psychoanalytical Association)*.

De acordo com Bayer (1987), Socarides estabeleceu uma justificação teórica para caracterizar a homossexualidade como profundamente patológica, pois remontou sua etiologia à fase pré-edípica do desenvolvimento. Segundo a teoria de Socarides, a desesperada e compulsiva busca por parceiros sexuais, característica do “estilo de vida” homossexual, nada mais era do que uma tentativa de agarrar um cada vez mais distante senso de masculinidade, protegendo o homossexual do temor de fundir-se com sua mãe. Os homossexuais tentariam alcançar a masculinidade através do ato homossexual e, tal como um viciado, o homossexual buscaria incessantemente sua “droga” (Socarides, 1970).

A imagem que acompanha o ato homossexual entre machos é totalmente fantasiosa, sem relevância do outro exceto enquanto dispositivo. Isto equivale à masturbação e é altamente narcisista. (...) Não existe uma percepção real do parceiro ou de seus sentimentos; o contato é simplesmente epidérmico, mucoso e anatômico. (...) As “emoções de bem-estar”, aquelas que surgem do prazer, estão conspicuamente ausentes: alegria, amor, carinho, e orgulho. (...) Esta é a representação da natureza fundamental de suas relações objetais: relacionando-se a objetos parciais, não objetos totais. (Socarides, 1968: 135-136; tradução nossa)

Socarides (1968) contesta a teoria freudiana de que a homossexualidade é uma interrupção do desenvolvimento e a redefine como um conflito. Segundo Drescher (2001a), este modelo sugere intervenções terapêuticas que tragam conflitos inconscientes à consciência, com o intuito de reduzir os sintomas homossexuais. Socarides reformula os constructos metapsicológicos de Freud e afirma que a homossexualidade é uma condição neurótica na qual o instinto libidinal se transformou e se fantasiou para ser satisfeito através de comportamentos perversos. Visto que agora a homossexualidade é definida como um compromisso entre forças intra-psíquicas, ela satisfaz a definição psicanalítica de doença.

Socarides também menciona que os pais de gays e lésbicas são responsáveis por causar a homossexualidade de seus filhos, utilizando argumentos muito parecidos com os de Bieber. “*A família do homossexual é usualmente um ambiente dominado pela mulher, onde o pai era ausente, fraco, distante ou sádico.*” (Socarides, 1968: 38; tradução nossa). Socarides (1978) chega a afirmar que 44% de seus pacientes homossexuais se converteram à heterossexualidade através de tratamento psicanalítico. O tratamento, segundo ele, consistia em: trazer à tona um desejo inconsciente de alcançar a masculinidade através da

identificação com o parceiro homossexual; compreensão dos medos pré-edípicos de incorporação pela mãe e medos de que um esforço por se separar dela gere dissolução pessoal; análise dos medos edípicos de incesto e agressão; descoberta do papel do pênis como um substituto para o seio materno; o afloramento da necessidade de amor e proteção por parte do pai; e o reconhecimento da presença de interesses e desejos heterossexuais suprimidos (Socarides, 1969). Após a eliminação do medo e da repulsa às mulheres o antigo homossexual pode “*funcionar no mais significativo relacionamento que existe na vida: a união sexual macho-fêmea e o estado afetivo de amor, carinho e alegria com um parceiro do sexo oposto*” (Socarides, 1972: 43; tradução nossa).

Devemos lembrar que Socarides foi um dos mais proeminentes opositores à decisão de 1973 da *Associação Psiquiátrica Americana* de retirar a homossexualidade do *DSM*. Nos seus comentários públicos, no entanto, Socarides se apresenta como um defensor dos direitos dos gays, leia-se, o direito destes indivíduos buscarem tratamento para mudarem sua orientação homossexual. A despeito de sua suposta oposição à discriminação dos homossexuais, as ações de Socarides são consistentes com a crença, comum entre os praticantes das terapias de conversão, de que a condenação social deve ser reforçada se o objetivo é fazer com que os homossexuais se sintam motivados para alterarem sua orientação sexual.

Lionel Ovesey

O trabalho de Ovesey (1969) se distancia das teorias psicanalíticas, concentrando-se em uma postura marcadamente behaviorista. Seu pensamento se aproxima um pouco das idéias pós-modernistas que afirmam que categorias tais como masculinidade e feminilidade são socialmente construídas (Drescher, 2001a), mas não se aprofunda neste assunto. Para Ovesey, homens que têm sonhos ou fantasias nos quais eles aparecem como submissos ou dependentes de outros homens não estão necessariamente experimentando sentimentos homossexuais, mas sim “pseudo-homossexuais”. Em outras palavras, homossexuais seriam apenas heterossexuais confusos que foram enganados em acharem que eram gays. Estes sentimentos, por sua vez, simbolizariam temas de competição e status comumente encontrados em homens heterossexuais. Mesmo

estando ciente de que a cultura valoriza atributos masculinos (enquanto os femininos são denegridos), Ovesey trata o baixo status, na nossa sociedade, da homossexualidade masculina como um fato natural que não requer explicação. Ele chega a afirmar que *“aqueles aos quais falta a convicção de que a homossexualidade é uma doença tratável, mas acreditam, ao contrário, de que ela é uma variante constitucional natural, não devem aceitar homossexuais como pacientes.”* (Ovesey, 1969: 119; tradução nossa). Assim, na técnica de Ovesey para tratar a homossexualidade masculina vemos a recomendação padrão das terapias de conversão de abandonar qualquer neutralidade:

Existe apenas uma maneira através da qual o homossexual poderá superar esta fobia e aprender a ter intercuro heterossexual, e esta maneira é estar na cama com uma mulher. (...) Mais cedo ou mais tarde o paciente homossexual precisará fazer as tentativas necessárias para ter relações sexuais, e ele deve fazê-las uma e outra vez, até que ele seja capaz de manter uma ereção, penetração e um orgasmo intravaginal prazeroso. (Ovesey, 1969: 106-107; tradução nossa)

Com relação a este tema, Ovesey parece privilegiar a técnica comportamental da aproximação sucessiva. A citação que se segue é longa, mas muito interessante, pois explica com clareza o modo através do qual muitos destes terapeutas operam.

A maioria dos homossexuais não se movimenta prontamente em direção às mulheres. Na maioria das vezes, o paciente protesta que ele não está pronto para sexo com uma mulher. Ele está, naturalmente, correto. O terapeuta deve assegurar-lo de que, no momento, lhe é apenas pedido estar com mulheres socialmente, sair com elas; ninguém está lhe pedindo que pule na cama com elas. Mais tarde, quando ele estiver confortável com as saídas, ele começará primeiro a chegar perto, depois a acariciar e, eventualmente, ir ainda mais longe, mas certamente não neste momento. Se o paciente é sério com relação ao tratamento, ele irá aceitar este compromisso e gradualmente, com alguma pressão do terapeuta, se necessário, começará a sair. (...) Em outras palavras, o paciente homossexual deve receber um ultimato por esforços insuficientes para comportar-se heterossexualmente. (Ovesey, 1969: 120-121; tradução nossa)

Com a utilização de sua técnica terapêutica, Ovesey (1969) chega a mencionar a existência de 3 casos bem sucedidos de homossexuais que se tornaram heterossexuais, mantendo a mudança por um mínimo de 5 anos após o término do tratamento.

Os autores contemporâneos das terapias de conversão: Elizabeth Moberly e Joseph Nicolosi

Os teóricos contemporâneos das terapias de conversão precisam lidar com o fato de que o debate científico e social a respeito da homossexualidade mudou consideravelmente nos últimos anos, sobretudo após a revolução sexual e os conseqüentes ganhos obtidos pelo movimento gay. Segundo Drescher (2001a), ao contrário de seus predecessores, estes teóricos necessitam enfrentar uma série de fatores que afetam sobremaneira sua clínica, a saber: seus pacientes estão cientes de que existem identidades positivas para gays e lésbicas; um número cada vez maior de pesquisas define a homossexualidade como uma variação normal da sexualidade humana; as rígidas categorias de masculinidade e feminilidade têm sido desconstruídas por diversas teorias; existem inúmeras pesquisas sobre preconceito contra homossexuais; e, talvez mais importante, a homossexualidade não é mais considerada uma doença. Não obstante estas transformações culturais, tal como veremos a seguir, as formulações teóricas que embasam as terapias de conversão pouco tem mudado desde o trabalho de Sandor Rado. A novidade trazida por estes novos teóricos é o fato deles unirem, na mesma teoria, formulações psicológicas, religiosas e políticas.

Elizabeth Moberly

Elizabeth Moberly (1983), uma teóloga cristã inglesa, estudou os trabalhos de Freud e de Bieber e desenvolveu uma nova teoria para a etiologia da homossexualidade: a hipótese de que esta orientação sexual seria derivada de fatores ambientais, mais especificamente a incompetência do pai do mesmo gênero daquele do indivíduo homossexual. Assim, Moberly abandonou a ênfase de Freud na relação da criança com a mãe e voltou sua atenção para o papel do pai distante ou passivo. De acordo com esta teoria, homens homossexuais sofreriam de uma condição que ela denominou “desapego defensivo”. Na sua hipótese, o menino, por uma variedade de razões, não teria desenvolvido uma boa relação com seu pai. Percebendo esta distância como rejeição, o menino se “desapegaria defensivamente” do pai e de outros homens, rejeitando sua identidade de gênero. O desapego defensivo seria uma postura caracterizada essencialmente por um

distanciamento emocional. De acordo com Moberly, um menino que sofre de desapego defensivo evitaria esportes, enquanto a menina esconderia sua feminilidade e abraçaria atividades masculinas, tais como consertar carros. Isto faria com que o indivíduo se isolasse ainda mais de seus pares. Depois da puberdade, um adolescente que sofre de desapego defensivo procuraria desfazer seus déficits de masculinidade ou feminilidade através de encontros homossexuais. A necessidade de amor e aceitação, seria, de acordo com Moberly, erroneamente sexualizada.

Outro conceito de Moberly é o de “ambivalência para com o mesmo sexo”, onde ela sugere que relacionamentos homossexuais estão fadados ao fracasso devido ao fato de que ambos sujeitos estariam, na verdade, procurando o amor de seus pais e mães, perdidos durante o período de desapego defensivo. “*Neste sentido, a necessidade de amor homossexual é, essencialmente, uma busca por paternidade/maternidade.*” (Moberly, 1983: 9; tradução nossa). O relacionamento naufragaria porque, naturalmente, nenhum dos parceiros está apto a exercer a função de pai/mãe do outro. Com o tempo, o homossexual projetaria o ódio inconsciente sentido pelo pai do mesmo sexo no parceiro, daí a idéia de ambivalência e a noção de que relacionamentos homossexuais são promíscuos, visto que nenhum indivíduo será capaz de reparar a falta infantil. Assim, a homossexualidade seria uma confusão entre as necessidades emocionais de uma criança com os desejos fisiológicos de um adulto.

De acordo com a teoria de Moberly, a cura para a homossexualidade seria gays e lésbicas formarem amizades íntimas, mas não eróticas nem sexuais, com pessoas de seu mesmo sexo. Segundo a autora, estes relacionamentos eventualmente permitiriam que o homossexual se identificasse com seus pares de uma forma dessexualizada. Na medida em que os membros do mesmo sexo são “desmistificados”, o homossexual perderia o interesse por eles e começaria a procurar indivíduos do sexo oposto. “*Tais amizades são centrais, e de fato essenciais, para a solução do problema da homossexualidade.*” (Moberly, 1983: 32; tradução nossa).

A importância de Moberly reside no fato de que suas teorias têm sido apropriadas e largamente utilizadas pelo movimento dos ex-gays⁵⁵, posto que fornecem um substrato supostamente psicológico e científico para crenças morais e religiosas. Até a publicação de seu livro intitulado *Homosexuality: a new Christian ethic*, o movimento dos ex-gays se baseava quase que exclusivamente na oração para “livrar seus clientes do pecado da homossexualidade”. Após um ou dois anos de “tratamento”, a maioria dos indivíduos se dava conta de que não havia mudado e, frustrado, abandonava o programa de conversão. Com o advento do livro de Moberly, no entanto, o movimento dos ex-gays teve a oportunidade de combinar teorias pseudo-psicológicas para a gênese da homossexualidade com crenças religiosas, aumentando o apelo que estes grupos tinham para homossexuais que queriam mudar sua orientação sexual: agora eles podiam explorar suas infâncias ao invés de esperar, passivamente, para que a intervenção divina os curasse. Faz-se importante ressaltar, também, que o livro de Moberly surgiu no mesmo período que a epidemia de AIDS, o que forneceu uma plataforma para que a autora discutisse na mídia o motivo pelo qual os homossexuais deviam mudar seu “estilo de vida pecaminoso” (Besen, 2003).

Joseph Nicolosi

Joseph Nicolosi (1997) é, atualmente, um dos psicólogos mais conhecidos na teoria e prática da terapia de conversão. Sua importância reside, também, no fato dele ter criado a *NARTH (National Association for Research and Therapy of Homosexuality)*⁵⁶, uma associação norte-americana cujo objetivo é promover as terapias de conversão. Dada a relevância do trabalho deste autor para a compreensão destes tipos de intervenção, analisaremos, primeiramente, as teorias de Nicolosi para depois abordar o funcionamento e a estrutura da *NARTH*.

Inicialmente, podemos dizer que Nicolosi é um psicólogo norte-americano que tem sido criticado por diversos autores (Besen, 2003) pelo fato de suas idéias não terem qualquer comprovação científica, pela precariedade de sua formação acadêmica e devido à sua ligação estreita com políticos religiosos de extrema

⁵⁵ O movimento dos ex-gays abriga uma série de organizações religiosas que acreditam que a homossexualidade é um pecado que pode e deve ser modificado. Este tema será discutido em detalhes mais adiante.

⁵⁶ Em português: *Associação Nacional Para Pesquisa e Terapia da Homossexualidade*.

direita, que buscam negar direitos civis a homossexuais. De um modo geral, a postura de Nicolosi aponta para uma mudança significativa na literatura sobre terapia de conversão ao fundir, deliberadamente, teoria psicanalítica com pensamento espiritual. Este fenômeno fica mais claro quando lembramos que a teoria de Nicolosi é fortemente baseada nas idéias de Moberly.

Nicolosi também parece basear seu pensamento em uma mistura entre as teorias de Bieber, Ovesey, Rado e Socarides, e literatura religiosa, particularmente aquela que se refere a aconselhamento pastoral. Isto faz com que seus escritos acabem sendo interpretados como tratados religiosos, disfarçados de documentos científicos (Drescher, 2001a). Neste seu “paradigma científico-religioso” a saúde mental é definida como conformidade a valores e normas tradicionais, enquanto que sua terapia de conversão enfatiza as diferenças de gênero (sobretudo a importância da prevenção da confusão de gênero nas crianças), a família, e os valores convencionais. Criticando as teorias contemporâneas que postulam que a homossexualidade é uma variação normal da sexualidade humana, Nicolosi argumenta não como um cientista, mas como um religioso fundamentalista.

A lógica da seguinte afirmação sempre tem me iludido: porque talvez 4 por cento de todas as pessoas seja homossexual, então a homossexualidade *deve ser uma variação normal* da sexualidade humana. O fato de que ela ocorre em outras culturas e em espécies sub-humanas, em determinadas condições (...), também é vista como uma prova de sua normalidade. Esta lógica seria equivalente a concluir que, dado que uma certa porcentagem das pessoas, no inverno, quebrará uma perna esquiando, então a perna quebrada é uma condição natural e as pessoas não devem tentar evitá-la. (Nicolosi, 1997: 132; tradução nossa)

As generalizações das teorias de Nicolosi não começam com a homossexualidade, mas com as diferenças entre os sexos. Assim, por exemplo, este autor postula que o amor da mãe pela criança é incondicional, ao passo que o pai demonstra um amor condicional porque ele mediará entre a criança e a realidade. Nicolosi também sugere que enquanto as mulheres possuem instinto maternal, homens não sabem cuidar de bebês recém-nascidos, sentindo-se desconfortáveis ao fazê-lo. O pai simboliza força, independência e controle do meio ambiente e, através deste, o menino aprenderia que o perigo pode ser divertido e excitante. Outra generalização com relação à diferença de gêneros é exemplificada pela seguinte citação: “*Homens tendem a ver seus corpos em*

termos de força, agilidade e ação, e eles precisam se relacionar num nível físico. Ao contrário dos homens, a maioria das mulheres pode se relacionar de um modo estático ao se sentarem e conversarem face-a-face.” (Nicolosi, 1997: 39; tradução nossa). As mulheres também dariam preferência a relacionamentos, enquanto os homens valorizariam atividades grupais. Sua idéia de masculinidade pode ser considerada igualmente distorcida, pois a equipara com sucesso e controle: *“Homens não-homossexuais que experienciam derrota e fracasso podem também experienciar fantasias ou sonhos homossexuais.”* (Nicolosi, 1997: 104; tradução nossa). Levando em consideração estas noções sobre as diferenças entre os sexos, não nos deveria surpreender que a visão de Nicolosi sobre as relações familiares que originariam a homossexualidade sejam igualmente preconceituosas. Vale ressaltar, no entanto, que a teoria deste autor se refere exclusivamente a homossexuais do sexo masculino, ignorando completamente as lésbicas.

Nicolosi sugere que a homossexualidade é um distúrbio no desenvolvimento da criança, fruto de dinâmicas familiares disfuncionais que gerariam problemas no relacionamento do menino com o pai. Devido a uma relação extremamente próxima entre o menino e sua mãe, com o pai distante de ambos, o menino não seria capaz de se desidentificar da mãe e se identificar com o pai, o que resultaria em uma falha em internalizar a identidade de gênero masculina. Neste sentido, o autor ressalta que o problema principal reside não na relação do menino com a mãe, mas no fato desta afetar a relação com o pai, que geralmente se mostra ausente, passivo, evitativo, indisponível, frio, crítico, pouco empático, rejeitador e hostil. Dito de outro modo, uma triangulação disfuncional entre menino-pai-mãe geraria a homossexualidade futura.

De acordo com este autor, a falha na identificação com o gênero masculino aliena o menino de seu pai. O menino, com medo de sofrer rejeição e novos desapontamentos, se “desapega defensivamente” (Moberly, 1983) do pai e de outros garotos da sua idade, sentindo-se cada vez mais isolado, o que por sua vez gera uma erotização da masculinidade. A homossexualidade resultante é entendida como uma necessidade de reparar o dano à identidade de gênero, e o indivíduo procuraria em outros homens justamente aquelas qualidades que não pôde obter de seu pai, isto é, amor, confiança, autonomia, independência,

assertividade, controle, liderança e poder⁵⁷. O desapego defensivo também faria com que o sujeito colocasse outros homens em duas posições opostas: ou estes seriam desvalorizados ou valorizados ao extremo, não conseguindo jamais constituir relacionamentos iguais.

Cada um de nós, seja homem ou mulher, é impulsionado pelo poder do amor romântico. Estas paixões obtêm seu poder do desejo inconsciente de se tornar um ser humano completo. Nos heterossexuais, é o desejo de unir a polaridade macho-fêmea através da procura de um outro que não seja eu. Mas, nos homossexuais, é a tentativa de preencher uma deficiência na completude do gênero original. (Nicolosi, 1997: 109; tradução nossa)

Devido ao fato do menino homossexual ter se identificado com a mãe (e, conseqüentemente, contra o pai), ele ficaria com raiva do pai e expressaria este sentimento ignorando o pai ou negando sua importância dentro da estrutura familiar. Mais tarde, o menino se uniria subversivamente à mãe para conspirar contra o pai, sugerindo que a mãe abandone o pai porque ele (o menino) já o fez na primeira infância. O homossexual rejeitaria o pai como um modelo, demonstrando ressentimento, desapontamento e frustração com relação a este. Esta hostilidade, no entanto, não seria expressa abertamente, mas através de uma raiva impotente e uma sensação geral de inferioridade. O desconforto e a desconfiança com relação ao pai, seriam, então, direcionadas a outros homens. Aqui, Nicolosi toma emprestado outro conceito de Moberly (1983), isto é, que a “ambivalência para com o mesmo sexo” (os sentimentos de amor e ódio com relação a homens), funcionariam como um bloqueio à possibilidade de uma identificação masculina heterossexual “normal”.

Com relação aos estereótipos negativos sobre os homossexuais, Nicolosi menciona que estes possuem dificuldades de: assertividade (sobretudo com relação a figuras de autoridade masculinas), expressão de necessidades, expressão de agressão/hostilidade (geralmente demonstrada de forma indireta ou inapropriada, o que geraria uma sensação de desamparo e frustração), estabelecimento de amizades não-eróticas com outros homens, competição com outros homens e toma de decisões. Outras características da homossexualidade incluiriam passividade, dependência, baixa auto-estima (baseada na incompletude

⁵⁷Nicolosi sugere que esta busca pela masculinidade jamais atingida pelo homossexual é que faz com que, na comunidade gay, os homossexuais efeminados sejam mais desvalorizados do que aqueles que apresentam características consideradas masculinas.

da identidade de gênero), hipersensibilidade a críticas e opiniões alheias (que tendem a gerar raiva ou depressão), preocupação excessiva em ferir os sentimentos dos outros, problemas de imagem corporal (excessiva inibição ou exibicionismo) e sintomas fóbicos (particularmente um medo intenso de urinar em público, fruto da ansiedade de competição com outros homens ou preocupações com desejos homossexuais). De acordo com o autor, o homossexual também traria da sua infância um “falso *self*”, isto é, se apresentaria como “o bom menininho” que compromete seu verdadeiro *self* para agradar as expectativas de um ou ambos pais. Os pais, por sua vez, cultivariam o falso *self* da criança sabotando suas tentativas de individuação e masculinidade.

No que se refere aos relacionamentos amorosos entre homossexuais, Nicolosi postula que estes tendem a ser instáveis, narcisistas, dependentes, fusionados, possessivos, controladores, ciumentos, insatisfatórios, ambivalentes, com baixo grau de intimidade emocional e com ênfase excessiva em uma sexualidade definida como compulsiva e perversa. Casais homossexuais também seriam extremamente promíscuos.

Relacionamentos homossexuais são caracteristicamente breves e excessivamente voláteis, com muitas brigas, discussões, situações nas quais se faz as pazes, e desapontamentos contínuos. Eles podem tomar a forma de romances intensos, onde a atração se mantém primariamente no nível sexual, caracterizada por uma paixão e nunca evoluindo em direção a um amor maduro; ou, então, eles se acomodam em amizades de longa data enquanto mantêm casos fora da relação. Pesquisas, no entanto, revelam que eles quase nunca possuem os elementos maduros de consistência, confiança, dependência mútua e fidelidade sexual característica de casamentos heterossexuais altamente funcionais. (Nicolosi, 1997: 110; tradução nossa)

Com relação à terapia propriamente dita, Nicolosi prefere chamar seus pacientes de “homossexuais não-gays”, isto é, indivíduos que experienciam uma cisão entre seu sistema de valores e sua orientação sexual, identificando-se com o padrão de vida heterossexual e acreditando que a homossexualidade prejudica seu progresso pessoal. Em outras palavras, são indivíduos que não adotam uma identidade gay. Curiosamente, os primeiros pacientes atendidos pelo autor, aqueles nos quais sua teoria da gênese da homossexualidade parece estar baseada, foram padres católicos homossexuais que tentavam reconciliar sua fé com sua orientação sexual. Visto que a homossexualidade não teria uma origem biológica, e todos os indivíduos possuiriam uma “heterossexualidade latente”, a terapia de

conversão permitiria ao sujeito atingir “completude” e adequar-se à “ordem natural da sociedade”, isto é, desenvolver uma masculinidade heterossexual tradicional. Além das sessões individuais e grupais de terapia, Nicolosi também recomenda que o paciente faça uso de livros e fitas de áudio e vídeo fornecidos por grupos de ex-gays, de modo que estes materiais educativos ofereçam suporte ao indivíduo na sua batalha contra a homossexualidade.

Nicolosi sugere que, em primeiro lugar, seja esclarecida a dinâmica familiar que levou à homossexualidade, momento durante o qual o paciente deve fazer as pazes com seu pai. As diferenças de gênero também são consideravelmente discutidas durante as sessões terapêuticas, assim como o desenvolvimento de saudáveis amizades masculinas não-erotizadas, baseadas em confiança e mutualidade, pois estas permitirão ao sujeito formar uma identidade masculina. Este autor encoraja seus pacientes a aumentarem sua masculinidade como um pré-requisito para a heterossexualidade. Este tipo de técnica, utilizada tanto por psicólogos quanto por terapias de conversão de base religiosa, pode ser chamada de “lições de gênero”, isto é, o sujeito deve aprender comportamentos masculinos e femininos considerados adequados para seu sexo biológico. No caso dos homens, significa aprender sobre carros, praticar atividades esportivas, pescar, caçar, etc., enquanto para as mulheres as atividades que devem ser aprendidas incluem cozinhar, costurar, usar maquiagem, e vestir-se “femininamente” (Schroeder & Shidlo, 2001; Svensson, 2003).

A técnica das lições de gênero tem como postulado principal a noção de que uma deficiência na identidade de gênero do indivíduo é a causa da sua homossexualidade (Beckstead, 2001), deficiência esta que pode ser solucionada através de determinados exercícios. Além das atividades citadas acima, clientes que se submetem a terapias de conversão são frequentemente encorajados por seus terapeutas a mostrar interesse romântico por membros do sexo oposto. Através de técnicas de aproximação sucessiva, o homem gay, por exemplo, deveria ser capaz de, primeiro, se aproximar de uma mulher, convidá-la para sair, mostrar afeto em relação a ela (beijar, fazer carinho, dar a mão, etc.) e, finalmente, ser capaz de manter uma relação sexual satisfatória. Promete-se ao cliente que ao final do longo e doloroso processo ele será capaz de casar-se, ter filhos e levar uma vida feliz, agora saudavelmente adaptado ao mundo heterossexual (Beckstead, 2001).

Naturalmente, estes relacionamentos terminam, freqüentemente, em amargos divórcios (Besen, 2003).

Com relação a este tema, Haldeman (2001) levanta um ponto extremamente importante: a responsabilidade que o cliente homossexual e o terapeuta de conversão possuem com relação a ex-namoradas, ex-mulheres e filhos quando estes “experimentos de heterossexualidade” falham e o sujeito resolve assumir sua verdadeira orientação sexual. Não obstante, o sentimento de perda e traição, assim como o profundo impacto psíquico desta situação na vida de indivíduos que foram usados como “dever de casa”, não são discutidos pela literatura de terapia de conversão.

Uma crítica semelhante é feita por Drescher (2001b), que diz que nas terapias de conversão o cliente deve adotar estereótipos de gênero e valores convencionais como um objetivo explícito do tratamento. Nicolosi, por exemplo, acredita que o “*tratamento efetivo toma sua direção de um sistema de valores compartilhados entre o cliente e o terapeuta*” (Nicolosi, 1997: 17; tradução nossa). Naturalmente, submeter-se à autoridade do terapeuta como uma condição para o tratamento acarreta uma série de problemas éticos. Vale lembrar que, de acordo com Nicolosi, a relação terapêutica (particularmente a transferência) é fundamental para a conversão homossexual, visto que é tomando o terapeuta como um modelo de masculinidade que o paciente se tornará heterossexual. Por este motivo, apenas homens deveriam praticar terapia de conversão com homossexuais masculinos, e o terapeuta deve adotar uma postura diretiva com relação à promoção da identidade de gênero masculina no seu paciente.

Nicolosi não apresenta qualquer pesquisa que demonstre a eficácia do seu tipo de intervenção e afirma que não gosta de falar em “cura”, mas em “crescimento” e “mudança”, isto é, uma modificação na forma de enxergar o *self* e no entendimento do comportamento homossexual como uma forma patológica de satisfazer necessidades de amor e masculinidade. O objetivo final da terapia seria o casamento heterossexual, mas para muitos sujeitos o celibato pode se tornar a única opção. Apesar da transformação, é possível, no entanto, que desejos homossexuais persistam ou reapareçam em determinados momentos do ciclo de vida do indivíduo. A mudança, ou seja, a aquisição de uma identidade masculina heterossexual, é compreendida como um processo de longo-termo, podendo durar a vida toda.

A terapia reparativa não é uma “cura” no sentido de erradicar todos os sentimentos homossexuais. No entanto ela pode fazer muito para melhorar a forma como um homem se relaciona com outros homens e para fortalecer a identificação masculina. Como um resultado do tratamento, muitos homens têm recebido apoio em seu desejo de compromisso com o celibato, enquanto outros têm sido capazes de progredir para o objetivo de um casamento heterossexual. (Nicolosi, 1997: xviii; tradução nossa)

Nicolosi afirma, ao contrário de seus predecessores, cujo ideal era “vamos salvar o mundo dos homossexuais”, que ele está tentando “salvar os homossexuais deles mesmos”, ajudando seus clientes a mudar, a evitar contrair o vírus HIV e a escapar do supostamente triste “estilo de vida homossexual”. Partindo do pressuposto de que “*a condição homossexual não pode ser correlacionada com saúde psicológica*” (Nicolosi, 1997: 83; tradução nossa), este autor não acredita “*que o estilo de vida gay possa ser saudável, ou que a identidade homossexual possa ser completamente egossintônica*” (Nicolosi, 1997: 13; tradução nossa), fatos que o levaram a fundar a *NARTH*.

Com relação à *NARTH* (*National Association for Research and Therapy of Homosexuality*), podemos dizer que esta é uma organização politicamente conservadora que abriga terapeutas que trabalham com conversão de homossexuais, incluindo, igualmente, membros do movimento dos ex-gays. Fundada em 1992 (quase 20 anos após a homossexualidade ter sido retirada do *DSM*), por Socarides e Nicolosi, ela possui um papel crucial na manutenção desta prática “psicoterapêutica”, pois possibilitou que as terapias de conversão fossem conhecidas por um número muito grande de indivíduos. Com dinheiro recolhido através de anuidades, encontros anuais e acesso à mídia, a *NARTH* apresenta um ar de respeitabilidade e cientificismo, permitindo que seus membros⁵⁸ se apoiem mutuamente, evitando, ao mesmo tempo, que a prática das terapias de conversão seja banida. De acordo com Besen (2003), outros objetivos da *NARTH* incluiriam abrir o movimento dos ex-gays ao povo judaico (que não se sente acolhido por denominações religiosas cristãs que praticam conversão), abrir o movimento dos ex-gays para um público mais intelectualizado (que não acredita nas práticas místicas e supersticiosas oferecidas por religiosos que trabalham com conversão),

⁵⁸ De acordo com Besen (2003), a *NARTH* possui em torno de 1000 membros, um número muito pequeno de indivíduos se comparados aos 150,000 membros da *Associação de Psicologia Americana*.

mostrar estes terapeutas e seus pacientes ex-gays como vítimas, e provar que a homossexualidade não é genética (e que, portanto, pode ser modificada).

Apesar de tentar passar uma imagem pública de “defensora dos homossexuais”, através de declarações do tipo “ame o pecador, mas odeie o pecado”, o objetivo último da *NARTH* é, no entanto, fazer com que a homossexualidade seja novamente classificada como uma doença, idéia que fica clara nas numerosas declarações públicas de seus oficiais. Vale apontar, também, que membros da organização são freqüentemente chamados para depor contra os homossexuais em situações jurídicas onde os direitos civis destes indivíduos estão em jogo. Estas ações são consistentes com a crença de que o preconceito contra a homossexualidade deve ser mantido e reforçado para que a heterossexualidade seja socialmente privilegiada. Vale ressaltar que para muitos terapeutas de conversão o preconceito explícito contra a homossexualidade é considerado um aliado fundamental no processo terapêutico de mudança em direção à heterossexualidade (Drescher, 2001b). Tendo em vista que as crenças da *NARTH* têm sido duramente criticadas e marginalizadas por diversas organizações profissionais e científicas, ela tem se aliado cada vez mais a denominações religiosas que condenam a homossexualidade.

As teorias comportamentais

De acordo com Bayer (1987), na década de 60, quando a importância da teoria psicanalítica na psiquiatria norte-americana começou a diminuir, outras escolas de pensamento começaram a incorporar a visão de que a homossexualidade é uma anormalidade. No caso das teorias comportamentais, a homossexualidade passou de uma perversão no curso normal de desenvolvimento psicosssexual para ser transformada em uma “conseqüência pouco adaptativa” ou uma “aprendizagem inapropriada”. Assim, estas teorias postulam, de um modo geral, que a resposta homossexual aprendida pode ser contra-condicionada com estímulos aversivos, substituindo o comportamento inadequado por uma resposta heterossexual apropriada (Haldeman, 1994; Martell e cols., 2004). Vale ressaltar que, ao contrário das teorias de base psicanalítica, tratamentos de conversão que fazem uso de técnicas comportamentais raramente são utilizados atualmente, tendo em vista o descrédito que determinadas técnicas ganharam no meio

científico, muitas das quais são consideradas bárbaras para os padrões vigentes. Este é um dos motivos pelos quais não nos aprofundaremos neste tópico, apesar de precisarmos tecer alguns comentários.

Em primeiro lugar, devemos lembrar que, não obstante a grande maioria dos homossexuais que procuraram terapias comportamentais para mudar sua orientação sexual terem sido participantes voluntários neste processo, muitos descreveram o tratamento como “tortura” ou “punição” (Svensson, 2003). Durante as décadas de 60 e 70, por exemplo, três formas de terapia aversiva estiveram na moda: utilização de choques elétricos que eram administrados ao paciente masculino após este responder eroticamente a fotografias de homens nus⁵⁹ (Feldman & McCulloch, 1971; Feldman, 1977); utilização da técnica de “sensibilização encoberta”, na qual imagens de medo ou repulsa (frequentemente nojo ou vômito) eram empregadas com o objetivo de diminuir o desejo homossexual (Barlow e cols., 1969; Cautela, 1967); e administração da droga apomorfinas que induz náusea (McConaghy e cols., 1972). Outras técnicas incluíam fazer com que homossexuais se masturbassem vendo fotografias de mulheres nuas (Davison, 1968) e a implantação de eletrodos nos centros de prazer do cérebro de homens homossexuais, eletrodos estes que eram estimulados enquanto uma prostituta tentava seduzir o sujeito (Heath, 1972). Alguns programas, por sua vez, tentavam potencializar a eficácia de técnicas de condicionamento aversivo adicionando a elas componentes de aprendizagem social, tais como treinamento de assertividade (Feldman & McCulloch, 1965).

Não obstante Wolpe (1969) ter relatado uma conversão espontânea de um cliente homossexual após ele ter abandonado a terapia comportamental, diversos autores favoráveis às terapias comportamentais do tipo aversivo posteriormente mudaram de opinião quanto à eficácia e ética do tratamento (Davison, 1976, 1978, 1991). De um modo geral, terapias aversivas têm falhado em demonstrar sucesso de longo prazo quando utilizadas para tratar diversas condições, dentre as quais alcoolismo, tabagismo e homossexualidade. O problema central da terapia aversiva parece ser o fato de que, quando o estímulo aversivo é retirado, o paciente tende a voltar ao seu comportamento anterior, sobretudo quando o

⁵⁹ Em alguns tipos de intervenção a cessação do choque elétrico era acompanhada de material pornográfico heterossexual. A premissa deste tipo de intervenção era treinar o paciente a responder eroticamente a mulheres e temer uma resposta erótica a homens.

comportamento a ser extinguido é física ou emocionalmente prazeroso. O problema do ganho secundário também não pode ser negado, tendo em vista que um indivíduo pode fingir que mudou seu comportamento apenas para escapar da terapia aversiva.

Lembramos, no entanto, que atualmente muitos terapeutas de conversão têm utilizado uma mistura de técnicas cognitivas e comportamentais para mudar a orientação sexual de seus pacientes, incluindo: parada de pensamento, sensibilização encoberta, dessensibilização sistemática, modelação e condicionamento operante (Schroeder & Shidlo, 2001).

As terapias de conversão de base religiosa: o movimento dos “ex-gays”

O movimento dos ex-gays⁶⁰ abriga, sob o mesmo leque, uma série de organizações religiosas (geralmente evangélicas, cristãs, protestantes ou mórmons) que acreditam que a homossexualidade é um pecado que pode e deve ser modificado. De um modo geral, consiste em diversas práticas religiosas e espirituais, que combinam terapias grupais e individuais baseadas nas teorias psicológicas descritas acima, assim como em modelos de grupos de apoio-mútuo⁶¹, bastante similares àqueles utilizados pelos alcoólicos anônimos.

Nos Estados Unidos, existem inúmeros destes grupos, sendo os mais conhecidos o *Exodus International* (fundado em 1976, tem como objetivo agregar todos os grupos que participam do movimento dos ex-gays; possui filiais em diversos países)⁶², *Homosexuals Anonymous* (baseado em um programa de 14

⁶⁰ De acordo com Besen (2003), o termo “ex-gay” foi cunhado por Michael Bussee, fundador da *Exodus International*, na década de 70. Alguns grupos fundamentalistas de extrema direita criticam o termo “ex-gay” pelo fato de que não faria sentido basear a identidade de um indivíduo em um “ex-pecado”. Assim, se auto-denominar “ex-gay” seria tão absurdo quanto dizer que o sujeito é um “ex-adúltero”. Para estes grupos, se o pecado for curado, deve-se parar de falar dele.

⁶¹ Devemos ressaltar que não são poucos os autores que comparam a homossexualidade com vício em álcool ou drogas, postulando que, devido ao fato destes comportamentos serem compulsões, uma abordagem baseada em programas de 12 passos é a mais adequada para curar o sujeito da sua adicção (Satinover, 2001). Autores como Barnhouse (1977), chegam inclusive a comparar homossexualidade com canibalismo, sugerindo, a partir da teoria de Moberly (1983), que homossexuais tentariam consumir a masculinidade de seus parceiros, identidade de gênero esta que não foi adquirida durante a infância.

⁶² Ironicamente, os fundadores do *Exodus*, Michael Bussee e Gary Cooper, assumiram serem amantes em 1979, permanecendo juntos até Cooper morrer de AIDS em 1991. Durante seu

passos, similar ao utilizado pelo alcoólicos anônimos), *Love in Action* (fundado em 1973, é o primeiro grupo ex-gay de que se tem notícia; funciona adotando um modelo de “retiros espirituais” e portanto é frequentemente comparado a cultos)⁶³; *Courage* (voltada para católicos, prega “castidade” em vez de “cura” da homossexualidade), *Evergreen* (direcionada para Mórmons), *International Healing Foundation*⁶⁴ e *JONAH* (sigla para *Jews Offering New Alternatives to Homosexuality*, direcionada para judeus, mas baseada em postulados cristãos). No Brasil, existem mais de 20 grupos que praticam terapia de conversão de base religiosa, dentre os quais citamos o *Exodus Brasil* (coordenado pela psicóloga Rosângela Alves Justino), o *MOSES* (sigla que significa *Movimento pela Sexualidade Sadia*, sediado no Rio de Janeiro) e o *Desafio Jovem Ebenezer* (que também abriga indivíduos viciados em drogas e álcool, possuindo filiais no Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás) (Cassalto, 2000).

Tal como mencionado acima, o movimento dos ex-gays data de 1973, coincidindo com os ganhos obtidos pela revolução sexual e pelo movimento homossexual, mas só começou a ganhar força na década de 80, com o surgimento da AIDS. Aterrorizante, misteriosa e associada à peste (Sontag, 1989), a AIDS parecia uma doença saída do Antigo Testamento, um castigo divino que teria surgido para punir a sexualidade desviante dos homossexuais. Assim, a epidemia parecia mostrar que Deus era contra a homossexualidade e que a única saída possível deste “estilo de vida” que levaria, certamente, à doença terminal, era tentar tornar-se heterossexual (Besen, 2003). Vale lembrar que nesta mesma época surgiram as teorias de Elizabeth Moberly (1983), que se concentrava nas causas da homossexualidade, e as pesquisas de Paul Cameron (1993), que demonstravam

relacionamento o casal dedicou-se a criticar as terapias de conversão, particularmente as de natureza religiosa.

⁶³ O Reverendo Kent Philpott, um dos fundadores do grupo *Love in Action*, escreveu em 1975 *The Third Sex?*, o primeiro livro sobre terapias de conversão de base religiosa. Extremamente influente, este livro tornou-se a base sob a qual o movimento ex-gay foi fundado, apesar de ter sido retirado do mercado alguns anos mais tarde devido a um processo judicial iniciado por indivíduos que haviam sido entrevistados para o livro mas que afirmavam que este era uma fraude, pois eles continuavam sendo homossexuais (Besen, 2003).

⁶⁴ A *International Healing Foundation* é liderada por Richard Cohen (2001), um indivíduo que tem sido bastante influente dentro das terapias de conversão, tendo se tornado praticamente um guru dentro do movimento. Apesar da relativa importância de Cohen, seus postulados e técnicas não serão analisados neste capítulo devido ao fato deles não possuírem qualquer consistência teórica, apresentando-se mais como uma colagem das teorias de diferentes autores, misturada a técnicas *new age*, tais como o trabalho com “energias”.

as conseqüências negativas de ser homossexual. Ambos autores ressuscitaram o movimento dos ex-gays, proporcionando-lhe uma aura mais científica.

A partir da década de 90, membros do movimento começaram a se ligar a grupos políticos de extrema direita, grupos estes que têm como objetivo principal mudar a opinião pública a respeito da homossexualidade (isto é, mostrá-la como uma doença que pode ser curada) e fazer com que este setor da população não seja protegido por leis (Ford, 2001). Ao que parece, a mensagem que estes grupos querem transmitir é a de que “se gays e lésbicas podem mudar, não há necessidade de criar leis que os protejam de discriminação” (Human Rights Campaign Foundation, 2000). Esta associação fez com que o movimento dos ex-gays ficasse conhecido do grande público, sobretudo quando, em 1998⁶⁵, uma série de anúncios sobre o movimento apareceu em importantes jornais norte-americanos de circulação nacional⁶⁶. Patrocinada por 18 organizações religiosas conservadoras, esta campanha multimilionária⁶⁷ consistiu em diversos anúncios de página inteira que faziam propaganda das terapias de conversão. O texto dos anúncios incluía mensagens como “*a verdade pode machucar antes que ela possa curar, mas a mudança é possível*” e “*se você realmente ama alguém, você lhe dirá a verdade... que os homossexuais podem mudar*” (“We’re Standing”, 1998: A11; tradução nossa). Fotos de casais de ex-gays também foram utilizadas na campanha, garotos-propaganda estes que testemunhavam a respeito de seu casamento heterossexual feliz, do fato de terem se livrado de um passado homossexual e da possibilidade de que qualquer um pode mudar sua orientação sexual. Apesar da campanha ter sido bem sucedida no que diz respeito à visibilidade do movimento dos ex-gays, ela também foi alvo de críticas ferozes por parte de ativistas homossexuais e associações de psicologia e psiquiatria. Mais recentemente, o movimento dos ex-gays também têm realizado anúncios para a televisão, assim como uma série de convenções pelos Estados Unidos.

Uma das características que mais chama atenção no movimento dos ex-gays é o fato dele não possuir uma organização uniforme, isto é, cada grupo adota

⁶⁵ Segundo Svensson (2003), o Movimento dos Ex-Gays atingiu seu auge neste ano, chegando a contar com mais de 300 grupos religiosos espalhados pelos Estados Unidos.

⁶⁶ Os jornais incluíam: *The Los Angeles Times*, *The New York Times*, *USA Today*, *The Washington Post* e *The Washington Times*, dentre outros.

⁶⁷ De acordo com um relatório da Human Rights Campaign (2000), esta campanha, chamada *Truth in Love* (“A Verdade no Amor”) contou com um orçamento de aproximadamente US\$500,000.

teorias e técnicas diferentes, chegando a existir enorme variação no que cada grupo considera uma “cura” da homossexualidade (Besen, 2003). Não obstante a diversidade, tanto teórica quanto prática, destes grupos, a maioria adere aos seguintes postulados: a Bíblia, palavra de Deus, é a autoridade suprema em todos os assuntos; a homossexualidade é uma evidência da natureza pecadora do homem e continuar mantendo relações homossexuais exclui o indivíduo da entrada no Paraíso; a fé em Jesus Cristo é o único caminho para a salvação e para a cura da homossexualidade; “a verdade” nos pertence e devemos compartilhá-la com o mundo, na intenção de salvar o maior número de pessoas do inferno da perdição; e a homossexualidade ameaça a sociedade e os valores familiares. Central para o sistema de crenças destes grupos é a idéia de que tanto Satanás quanto o inferno possuem existência concreta. Este espírito personificado do mal é onipresente e capaz de habitar o corpo de um indivíduo e influenciar seus pensamentos e sentimentos. Visto que as tentações são compreendidas como obra de Satanás, deixar-se levar por fantasias ou adotar comportamentos homossexuais é uma forma de entregar-se ao mal. Existe perdão e graça para o pecador que se arrepende, mas esta é freqüentemente misturada com vergonha e punição. Indivíduos que aderem ao movimento são acolhidos com amor e pertencimento, mas olhados com pesar e desgosto caso se desviem do caminho (Ford, 2001).

Inicialmente, as técnicas utilizadas por estes grupos eram baseadas em sessões de reza e/ou exorcismo. Dentro do movimento dos ex-gays, no entanto, há uma certa controvérsia com relação ao papel dos “demônios” no pecado da homossexualidade. Alguns membros acreditam, por exemplo, que através do exorcismo o demônio da homossexualidade pode ser expulso, o que oferece ao indivíduo uma cura instantânea. Caso as tentações retornem, a vítima do exorcismo é considerada culpada. Posteriormente, introduziu-se o conceito de “pecado secreto”, que assume que exorcismos mal-sucedidos são resultado de um pecado que não foi confessado, o que mais uma vez faz com que a culpa recaia sobre o sujeito homossexual. De acordo com Ford (2001), após uma sessão de exorcismo o indivíduo pode sentir uma intensa pressão psicológica para dizer que foi curado. Isto não significa, no entanto, que o sujeito esteja deliberadamente mentindo, mas sim que a intensidade emocional da experiência e a expectativa de mudança podem acabar reforçando a negação.

Outra técnica muito utilizada pelo movimento dos ex-gays é a verbalização de cura, ou seja, o fato de dizer-se “curado” significa que o indivíduo tornou-se heterossexual. Visto que todas as pessoas seriam heterossexuais através de Jesus Cristo, o sujeito pode acreditar que, no fundo, é heterossexual, ao mesmo tempo em que a homossexualidade é interpretada como uma ilusão, fruto da obra de Satanás. Esta mudança conceitual permite ao indivíduo dizer, honestamente, que ele está curado, não obstante a atração homossexual persistir. Devemos ressaltar que o movimento dos ex-gays têm sido duramente criticado por utilizar técnicas de conversão consideradas “estranhas”. Alguns grupos, por exemplo, trabalham com o que eles chamam de “constelações familiares” (que consiste na confecção de uma espécie de genograma com o objetivo de curar “feridas geracionais”), enquanto outros tentam recuperar memórias intra-uterinas dolorosas ou reprimidas, que podem ter causado a homossexualidade do indivíduo. Exercícios “bioenergéticos” também são realizados, sendo o mais comum destes fazer com que o sujeito bata em um travesseiro com uma raquete de tênis, ao mesmo tempo em que respira profundamente e verbaliza sua raiva e frustração com relação à memórias infantis. A idéia, neste caso, é de liberar um repositório de emoções e memórias não-expressas na musculatura corporal.

Técnicas de natureza comportamental também são bastante frequentes, sobretudo em terapias de conversão grupal. Uma destas é a “técnica do elástico”, na qual o sujeito deve colocar um elástico no seu pulso e puxá-lo toda vez que tiver fantasias homossexuais. A explicação para a utilização deste método aversivo é que a dor causada pelo elástico batendo na pele lembre ao indivíduo que a homossexualidade é algo errado, ao mesmo tempo em que focaliza a atenção do sujeito na dor momentânea, ou invés de no desejo homossexual. Duas técnicas desenvolvidas por Cohen (2001), têm, igualmente, ampla aceitação dentro do movimento dos ex-gays: a primeira delas é a prática da “distração” e a segunda chama-se “terapia do toque”. No que se refere à distração, esta tem por objetivo tirar a atenção do sujeito do seu desejo homossexual, ocupando seu dia com atividades tais como dieta alimentar, exercícios físicos, rezas, estudos Bíblicos, meditação/relaxamento, confissão, etc. Naturalmente, este método têm mais eficácia quando aplicado a grupos de indivíduos isolados em retiros de conversão, que, como veremos adiante, têm sido acusados de funcionarem como seitas ou cultos. Por último, a técnica que têm gerado maior controvérsia,

chegando, inclusive, a acusações de abuso sexual, é a da terapia do toque, que consiste em um indivíduo heterossexual acariciar um homossexual do mesmo sexo em uma forma não-sexual. Esta prática baseia-se na premissa anteriormente estudada de que uma pessoa se torna homossexual porque foi privada de carinho não-sexual por membros do seu mesmo sexo. Acredita-se, então, que o indivíduo perderá sua atração homossexual se receber demonstrações saudáveis de carinho por parte de “mentores” (Besen, 2003).

Atualmente, tendo em vista a dificuldade de encontrar um suporte científico para suas crenças religiosas, o movimento dos ex-gays tem se voltado em direção às terapias de conversão de base psicológica, particularmente aquelas propagadas por Moberly (1983) e Nicolosi (1997), que provêm uma aura de modernidade e respeitabilidade ao movimento, através da utilização de uma linguagem científica ou pseudo-científica (Drescher, 2001a). Apesar de terem sido realizados poucos estudos sobre a eficácia das terapias de conversão de base religiosa, Pattison e Pattison (1980) descrevem 11 homens que “superaram” a homossexualidade através de conversão espiritual, enquanto 65% dos 101 clientes homossexuais de van der Aardweg ([1986] 1997) teriam atingido mudanças consideradas “radicais” ou “satisfatórias”.

O movimento dos ex-gays tem sido frequentemente comparado a seitas ou cultos, dado o modo em que eles operam e o fato deles serem particularmente atraentes para indivíduos marginalizados (devido ao preconceito) ou em situação de risco. De acordo com Svensson (2003), características centrais de cultos, que praticam o que ele chama de “persuasão coerciva”, estão presentes dentro de grupos que participam do movimento dos ex-gays. Dentre estas características podemos citar: *controle e isolamento* (o indivíduo é proibido de ter contato com seu companheiro ou outros homossexuais assumidos, devendo dar preferência a contatos com outros membros do grupo); *exaustão social e emocional* (através de um pesado programa de contatos com membros do grupo, aconselhamento pastoral individual, terapia grupal, *workshops*, estudos Bíblicos e outras atividades da congregação); *confusão e incerteza* (sobre a habilidade de poder tornar-se heterossexual e alcançar felicidade na Terra ou no Céu, em contraste com uma vida de sofrimento no Inferno caso o indivíduo mantenha seu comportamento homossexual); *culpa e vergonha* (de pensamentos ou comportamentos homossexuais, sejam estes passados, presentes ou futuros); e *libertação e*

resolução (prometida para pensamentos e comportamentos homossexuais). Em alguns casos a persuasão é mais sutil, tal como pedir para que o indivíduo evite ler materiais que postulem uma visão positiva da homossexualidade, mas em outros têm sido comparada a uma espécie de “lavagem-cerebral” (Ford, 2001). Visto que a aceitação do indivíduo é condicional, existe uma forte motivação para que os membros se conformem e neguem experiências subjetivas. Por este motivo, sentimentos são considerados suspeitos e confiar na própria intuição é carnal e perigoso. No entanto, apoiar-se no pensamento racional, questionar ou duvidar, também são vistos como evidências de pouca fé e como lugares de abertura para que o “inimigo” (leia-se, Satanás) entre. A ênfase é posta na aceitação da “verdade” tal como ela é ensinada ao grupo pelos líderes ou membros mais antigos (Ford, 2001).

Outras críticas incluem o fato de “recaídas” e contatos de natureza homossexual serem freqüentes entre membros, líderes e garotos-propaganda do movimento, o que provoca escândalos e têm se transformando em um sério problema de imagem para estes grupos (Besen, 2003). De acordo com Mills (1998), as recaídas se tornaram tão comuns que atualmente muitos grupos preferem colocar heterossexuais em posições de liderança, com o intuito de evitar novos escândalos. Se levarmos em consideração a natureza e a função destes grupos, não é difícil imaginar que ocorram “recaídas”, tendo em vista o fato do homossexual em conflito estar sendo constantemente tentado por seu objeto de desejo durante as reuniões de conversão. A forma através da qual o movimento têm lidado com estas transgressões é o estabelecimento de regras explícitas, tal como a de que qualquer encontro entre homossexuais deve incluir três ou mais pessoas. Amizades muito intensas são desestimuladas, sobretudo no caso de líderes ou garotos-propaganda, que muitas vezes acabam sendo expulsos do movimento por causa destes “deslizes”. Paradoxalmente, são justamente estas amizades intensas que, transformadas em um amor genuíno, proporcionam ao indivíduo a coragem para aceitar sua homossexualidade e adotar uma identidade gay positiva (Ford, 2001). Em um sentido semelhante, podemos dizer que estes grupos tendem a facilitar o contato entre homossexuais religiosos, permitindo que o indivíduo se dê conta de que é possível ser ao mesmo tempo homossexual e possuir determinados valores morais e espirituais.

O conceito de profissionalismo também se mostra problemático, visto que a grande maioria dos conselheiros destes grupos não possui qualquer treinamento na área de saúde mental (Ford, 2001). De acordo com Besen (2003), por exemplo, um número considerável de líderes ou conselheiros dentro do movimento são indivíduos que possuem transtornos mentais severos e passados questionáveis, incluindo diversos tipos de psicose, episódios de encarceramento, prostituição, vício em drogas/álcool e comportamento sexual compulsivo, dentre outros. Na maioria dos casos, estes problemas são interpretados como sendo fruto da homossexualidade, e não uma decorrência do preconceito ou de outras dificuldades emocionais que nada tem a ver com a orientação sexual do indivíduo.

Não obstante as críticas a este tipo de intervenção, alguns estudiosos (Besen, 2003; Ford, 2001) concordam com a idéia de que a maioria dos indivíduos que fazem parte do movimento dos ex-gays são pessoas sinceras, devotas e bem intencionadas, acreditando firmemente no que pregam e achando que, de fato, estão servindo o desejo de Deus e ajudando outros seres humanos a se livrarem de um pecado mortal.

As pesquisas de “eficácia” das terapias de conversão

Relatos de conversão de homossexuais em heterossexuais, obtidos com uso de psicoterapia, existem desde o início do século XX. Stekel (1930), um psicanalista freudiano, por exemplo, faz menção a uma série de conversões completas, incluindo um caso que é discutido em detalhes. Anna Freud (1949, 1952) também se refere a diversos casos que mostraram “bons resultados”, incluindo 4 que teriam levado a um ajustamento heterossexual completo. Ellis (1956) menciona, igualmente, que de seus 28 pacientes homossexuais masculinos, 18 teriam atingido uma melhora “significativa” na obtenção de relacionamentos afetivo-sexuais com mulheres. Ross e Medelsohn (1958), por sua vez, descrevem que, de 15 estudantes universitários homossexuais, 11 demonstraram melhoras “moderadas a consideráveis”. Mais tarde, Monroe e Enelow (1960) descrevem mudanças significativas em 4, de um total de 7, pacientes, enquanto Eidelberg (1956) e Wallace (1969) também relatam a conversão bem sucedida de um homossexual, obtida após um breve período de tratamento psicanalítico. Em um estudo de 30 alunos universitários homossexuais, Whitener e Nikelly (1964)

relatam “melhoras consideráveis” entre pacientes que estavam altamente motivados, possuíam estruturas de caráter relativamente saudáveis, e não tinham praticado atos homossexuais durante um longo período. Em outro estudo mais detalhado que o anterior, Mayerson e Lief (1965) encontraram que 47% dos seus pacientes continuavam funcionando heterossexualmente após 4 anos do término da intervenção.

No estudo de Masters e Johnson (1979), os autores alegam a conversão de 50-60% de seus pacientes, mudanças estas que teriam se mantido 5 anos após o tratamento, que consistia em duas semanas de intensivas sessões de psicanálise individual associadas a modificações comportamentais. A teoria por trás deste estudo era de que a homossexualidade seria um resultado de tentativas heterossexuais que teriam falhado ou sido ridicularizadas. Naturalmente, Masters e Johnson (1979) esqueceram o mais provável, isto é, que as “falhas” heterossexuais entre indivíduos homossexuais são esperadas, visto que o comportamento em questão está fora do padrão de resposta sexual do indivíduo (Haldeman, 1994). Faz-se importante ressaltar que estes resultados também têm sido criticados devido ao fato de que os dados se referem a participantes bissexuais, que estavam em relacionamentos com acesso a contatos heterossexuais, e cuja mudança de orientação sexual teria ocorrido em um nível exclusivamente comportamental (Svensson, 2003). Não obstante as críticas, o estudo de Masters e Johnson (1979) é constantemente citado por terapeutas que praticam a conversão da homossexualidade.

Dentre os estudos mais recentes, o realizado por Beckstead (2001) obteve resultados bastante interessantes, pois apesar dos participantes terem passado a se auto-identificar como heterossexuais, estes não foram capazes de modificar seu desejo homossexual, nem conseguiram aumentar seu nível de atração heterossexual. O que parece ter sofrido alteração foi a forma em que a identidade sexual era definida, ao invés de uma mudança real de orientação sexual.

Com relação às terapias de conversão que fazem uso de intervenções grupais, podemos dizer que Hadden (1966) menciona que 37% de seus pacientes haviam se tornado heterossexuais, enquanto Birk (1974) também relata que 38% dos seus pacientes atingiram “mudanças heterossexuais sólidas”. Importante lembrarmos que, ao passo que na maioria dos estudos sobre terapia de conversão o indivíduo se sente pressionado a dizer que se tornou heterossexual, este

fenômeno é particularmente evidente nos estudos que utilizam grupos, dada a intensa necessidade do sujeito de adequar-se aos padrões grupais. Deste modo, o indivíduo é encorajado a dizer que mudou, mesmo quando esse não é o caso. Um estudo recente de Nicolosi e cols. (2000) pesquisou 882 indivíduos que participaram de terapias de conversão que incluíam sessões individuais e grupais. Dos 319 clientes que disseram ser exclusivamente homossexuais antes da intervenção, 18% relataram terem se tornado exclusivamente heterossexuais depois do tratamento, enquanto 17% relatou sentir-se “quase inteiramente heterossexual”.

O estudo mais recente e o que gerou maior controvérsia sobre a eficácia das terapias de conversão foi o de Robert Spitzer (2003), um psiquiatra da Universidade de Columbia, que, curiosamente, havia liderado o movimento para que a *Associação Psiquiátrica Americana* retirasse a homossexualidade do *DSM* em 1973. Apesar de ter sido publicado apenas em 2003, uma versão preliminar do estudo foi apresentada no encontro anual da *Associação Psiquiátrica Americana* em maio de 2001, recebendo, simultaneamente, críticas acirradas e uma dose intensa de publicidade. Enquanto que o estudo foi recebido com entusiasmo por grupos que praticam terapias de conversão como uma prova de que a homossexualidade pode ser mudada, ele foi duramente criticado tanto pelo movimento homossexual quanto pela comunidade científica, praticamente arruinando a até então brilhante carreira profissional de Spitzer. A mídia internacional, por sua vez, sensacionalizou e distorceu os resultados obtidos, referindo-se à pesquisa como “um explosivo novo estudo que diz que alguns gays podem se tornar heterossexuais se realmente quiserem” (Carelli, 2001; Ritter, 2001). Vejamos, brevemente, a metodologia e os resultados de Spitzer (2003) para, depois, tentar compreender o motivo pelo qual este trabalho foi desacreditado.

O estudo de Spitzer (2003) compôs-se de 200 indivíduos (143 homens gays e 57 mulheres lésbicas), que afirmavam terem se tornado heterossexuais, mudança esta que persistia há pelo menos 5 anos. O autor realizou entrevistas estruturadas com cada sujeito, que duravam em média 45 minutos, durante as quais era aplicado um questionário que analisava quatro dimensões básicas: atração homossexual, fantasias homossexuais, anseios (em ter relações

homossexuais) e comportamento homossexual. O ano anterior à terapia de conversão era comparado ao ano anterior à entrevista.

De acordo com o pesquisador acima, as motivações que levavam os sujeitos a procurarem terapias de conversão eram infelicidade emocional, conflitos entre sentimentos homossexuais e crenças religiosas, e desejo de casar-se ou permanecer casado. Neste sentido, devemos ressaltar que 93% dos entrevistados teriam dito que a religião era um fator extremamente importante em suas vidas, o que sugere a motivação religiosa como um elemento central na busca pelas terapias de conversão. O resto dos dados obtidos por Spitzer (2003) são, no entanto, um pouco mais confusos. Segundo o autor, 66% dos homens e 44% das mulheres entrevistados atingiram o que ele chamou de “bom funcionamento heterossexual” após terem se submetido a uma terapia de conversão. Outros 17% dos homens e 54% das mulheres relataram terem apenas atração heterossexual, sendo que destes indivíduos 11% dos homens e 37% das mulheres não teriam sequer fantasias, sentimentos, pensamentos, desejos ou comportamentos homossexuais, atingindo o que Spitzer (2003) chamou de “mudança completa”. Vale ressaltar que o autor não explica detalhadamente o que significa “bom funcionamento heterossexual” ou “mudança completa”, nem qual seria a diferença entre estas definições e ter uma “atração heterossexual exclusiva”.

Além dos dados acima, o estudo revelou que, do número total de entrevistados, 87% também teriam relatado sentirem-se mais “masculinos” (no caso de homens) ou “femininas” (no caso de mulheres), enquanto uma porcentagem ainda maior (93%) se sentiria capaz de desenvolver relacionamentos íntimos não-sexuais com pessoas do seu mesmo sexo. Lembramos, neste sentido, que estes resultados em muito se assemelham com as teorias sobre a gênese (e conseqüente “cura”) da homossexualidade propagada por terapeutas de conversão. Spitzer (2003) sugere, ainda, que seus entrevistados teriam levado uma média de dois anos para notarem mudanças em seus desejos sexuais, e explica as diferenças de gênero nos resultados dizendo que a sexualidade feminina teria um grau maior de “plasticidade” (em comparação com a sexualidade masculina), mas não entra em detalhes sobre o assunto.

Spitzer (2003) termina o artigo postulando que, apesar de estar inicialmente cético quanto à possibilidade de mudança de orientação sexual, seu estudo indica que *“alguns gays e lésbicas, após terapia reparativa, relatam terem*

feito grandes mudanças de uma orientação predominantemente homossexual para uma orientação predominantemente heterossexual.” (Spitzer, 2003: 413; tradução nossa). Com relação à crítica de que as terapias de conversão geram depressão, Spitzer (2003) menciona que apenas 1% dos homens e 4% das mulheres relataram estarem deprimidos após a intervenção. *“Para os participantes no nosso estudo, não houve evidência de dano. Pelo contrário, eles relataram que a terapia foi benéfica em uma variedade de maneiras além da mudança de orientação sexual.”* (Spitzer, 2003: 414; tradução nossa). Assim, com relação às implicações clínicas da pesquisa, o autor diz que seu estudo:

... questiona a visão convencional corrente de que o desejo por terapia para mudar a orientação sexual é sempre derivado de pressão social e uma irracional homofobia internalizada. Para alguns indivíduos, mudar a orientação sexual pode ser um objetivo racional e auto-direcionado. Em segundo lugar, ele sugere que as profissões de saúde mental devem parar de movimentar-se em direção à proibição de terapias que têm por objetivo uma mudança na orientação sexual. (Spitzer, 2003: 414; tradução nossa)

O estudo de Spitzer (2003) recebeu duras críticas por parte da comunidade científica devido a seus problemas metodológicos, dificuldades estas que fizeram com que seus resultados fossem questionados. Em primeiro lugar, a amostra utilizada por Spitzer (2003) não foi aleatória, tendo se constituído de indivíduos selecionados através de grupos que participam do movimento dos ex-gays, militantes de grupos de extrema direita que condenam a homossexualidade ou antigos pacientes de terapeutas que praticam conversão (Davern, 2201). No mesmo sentido, de acordo com Silverstein (2003), 19% dos sujeitos entrevistados eram psicólogos e psiquiatras que praticavam terapia de conversão, ou profissionais pagos pelo movimento dos ex-gays, o que fazia que com estes indivíduos tivessem um investimento pessoal nos resultados do estudo, isto é, possuíam motivos fortes para dizerem que as terapias de conversão funcionam. Acreditamos que se Spitzer (2003) tivesse colhido parte de sua amostra através da comunidade homossexual teria encontrado dados bastante distintos, sobretudo no que se refere aos efeitos negativos das terapias de conversão. Autores como Svensson (2003) sugerem, igualmente, que o conceito de homossexualidade não foi definido minuciosamente, e que grande parte da amostra se descreveu como sendo bissexual na época do estudo, o que significa que não sabemos quantos

destes indivíduos já eram bissexuais antes de se submeterem a terapias de conversão.

Em segundo lugar, Spitzer (2003) não aplicou testes para verificar a saúde mental dos seus sujeitos, o que era extremamente relevante, considerando que 45% da sua amostra apresentava sinais de depressão antes de se submeter à terapia de conversão (Besen, 2003). Em um sentido semelhante, pode-se dizer que Spitzer (2003) não teve um grupo controle; não especificou os diferentes tipos de intervenção (isto é, se elas eram de base psicológica ou religiosa e quais técnicas foram utilizadas), não diferenciou entre os diversos tipos de terapeuta (profissional de saúde mental ou conselheiro espiritual) e não explicou, em detalhes, porque seus resultados mostraram uma diferença tão significativa no índice de conversão de homens e mulheres. Visto que os resultados do estudo se basearam no testemunho dos sujeitos, Silverstein (2003) aponta para o fato de que a pesquisa não encontrou dados de mudança de orientação sexual, mas sim pessoas que *alegaram* tê-lo feito. Como menciona Besen (2003), é freqüente que indivíduos que alegam terem se tornado heterossexuais confessem, mais tarde, que apenas fizeram isto para serem aceitos e que, na verdade, sempre foram homossexuais. Por último, Spitzer (2003) foi alvo de críticas por ter se associado a ativistas políticos de extrema direita que condenam a homossexualidade, por ter ignorado as implicações políticas e morais do seu estudo, e pelo fato de ter confundido as fronteiras entre prática profissional e religiosa.

As críticas com relação às terapias de conversão

Diversos autores (Stein, 1996; Tozer & McClanahan, 1999) têm apontado os problemas metodológicos e éticos que caracterizam as pesquisas que avaliam a eficácia das terapias de conversão. Segundo Haldeman (2001), os problemas mais comuns incluem: amostragem (seleção e classificação de sujeitos), definição do que constitui mudança de orientação sexual, os efeitos dos testemunhos dos pacientes, e que tipo de *follow-up* é conduzido para avaliar a estabilidade e os efeitos posteriores do tratamento.

A amostragem pode ser considerada a principal dificuldade metodológica nos estudos sobre a eficácia das terapias de conversão devido ao fato delas não serem aleatórias, isto é, tendem a basear-se em homossexuais que procuraram

tratamento por estarem insatisfeitos com sua orientação sexual ou em indivíduos que são pagos por determinados grupos para falarem a favor da eficácia das terapias de conversão. A maioria destes estudos também não estabelece grupos experimentais em oposição a grupos de controle, o que faz com que qualquer tentativa de reproduzir a pesquisa seja extremamente difícil. Com frequência, sujeitos bissexuais são erroneamente classificados como homossexuais, o que faz com que os relatos de cura sejam substancialmente inflacionados, pois muitos destes indivíduos adotam um comportamento heterossexual independente da terapia de conversão (Haldeman, 1999). No mesmo sentido, podemos dizer que a maioria destes estudos não colhe histórias sexuais detalhadas dos sujeitos, o que é um fator de extrema relevância no caso das terapias de conversão.

O que é considerado “cura” ou mudança também varia muito de acordo com o estudo. Para ativistas do movimento homossexual uma intervenção bem-sucedida seria aquela na qual o sujeito adquire uma orientação heterossexual sem apresentar qualquer evidência de homossexualidade, incluindo excitação, fantasias ou comportamento homossexual. A maioria das pesquisas, no entanto, sugere que o critério de sucesso seja a mudança no comportamento sexual do paciente, isto é, um homossexual seria considerado curado quando ele deixa de praticar atos homossexuais e é bem sucedido em iniciar uma conduta heterossexual (Freund, 1960). Outros estudos, no entanto, utilizam critérios diferentes, tais como extinguir fantasias homossexuais, aprender a conviver com a intrusão periódica de atrações homossexuais, ter exclusivamente contatos heterossexuais (caso o indivíduo seja bissexual) ou viver no celibato (Beckstead, 2001). Terapeutas que praticam conversão sugerem que sentimentos, fantasias e desejos homossexuais residuais após o tratamento são comuns, o mesmo ocorrendo com ex-adictos que, vez por outra, sentem vontade de consumir drogas novamente. Como vimos anteriormente, comparações entre homossexuais e viciados em drogas ou álcool são freqüentes, analogia esta que é bastante questionável. Por estes motivos, muitos indivíduos que praticam terapias de conversão não gostam sequer de utilizar a palavra “cura”, preferindo o termo “luta contra a homossexualidade”. Independente do critério utilizado, no entanto, acreditamos que uma *“mudança no comportamento sexual ou no gênero do parceiro principal pode não indicar qualquer mudança no desejo sexual subjacente”* (Stein, 1996: 530; tradução nossa).

A maioria das pesquisas sobre o êxito das terapias de conversão também se baseia nos testemunhos de pacientes ou em avaliações dos próprios terapeutas, o que tende a propiciar o aparecimento de dados falsos (Haldeman, 1999). Freund (1960), por exemplo, descobriu, usando dados de pesquisas falométricas (ver parágrafo seguinte), que a descrição dos sucessos dos pacientes eram imprecisas e envolviam contradições com relação a estudos de *follow-up*. Conrad e Wincze (1976), por sua vez, descobriram que medições fisiológicas de excitação sexual não correspondiam aos relatos de cura de pacientes que haviam participado de terapias de conversão de base comportamental. O estudo realizado por Schroeder e Shidlo (2001) também revelou que muitos entrevistados haviam omitido ou fabricado informações ao discutir, com seus terapeutas, mudanças de orientação sexual. Muitos, inclusive, por vergonha (de admitirem que continuam homossexuais) ou por pressão (de relatar cura), teriam deixado a terapia fingindo para seus terapeutas que haviam se tornado heterossexuais. Este fenômeno pode ser explicado pelo fato de que muitos pacientes tendem a fazer a distinção entre *ser* homossexual e *fazer* homossexual, isto é, acreditam que um indivíduo só seria homossexual se continuasse a praticar atos homossexuais, independente ou não de ainda ter desejos dessa natureza. Esta dicotomia nos remete ao pensamento corrente no período anterior ao século XVIII com relação ao termo sodomita, que era uma categoria definida pelo ato, e não pelo indivíduo que o praticasse.

De acordo com uma série de autores (Beckstead, 2001; Silverstein, 2003), uma forma mais adequada de fazer pesquisa na área da terapia de conversão seria colher dados psico-fisiológicos objetivos de excitação sexual (antes e depois da intervenção), dados estes que corroborassem os relatos oferecidos pelos participantes. Uma testagem desta natureza poderia ser realizada através de um instrumento falométrico chamado, em inglês, de *penile plethysmograph*. Inventado na década de 60 por Kurt Freund, este aparelho mede mudanças no volume e pressão sanguíneas do pênis que ocorrem como uma resposta a estímulos eróticos, oferecendo aos cientistas uma forma de quantificar a excitação sexual diretamente⁶⁸. Um instrumento similar, denominado *vaginal*

⁶⁸ Um experimento realizado por Adams e cols. (1996) utilizando esta tecnologia revelou que homens muito preconceituosos contra gays apresentavam altos graus de excitação sexual frente a estímulos eróticos homossexuais. Os pesquisadores concluíram que os dados eram consistentes com a crença de que homens preconceituosos contra gays possuem desejos homossexuais

photoplethysmograph foi desenvolvido alguns anos mais tarde para mulheres (Sintchak & Geer, 1975).

Com relação aos estudos de *follow-up*, podemos dizer, de acordo com Haldeman (1999), que estes são extremamente pobres ou ineficientes. Acreditamos, também, que a falta de boas pesquisas de *follow-up* pode se dever, igualmente, à intensa vergonha experienciada por homossexuais que se submeteram a estes tipos de terapia, à vontade de passarem despercebidos e ao fato de que muitos destes indivíduos tendem a desconfiar de qualquer profissional de saúde mental, sobretudo no caso de terapias de conversão mal-sucedidas. Forstein (2001) resume o assunto dizendo que, até o momento, não foi publicado qualquer estudo sério, replicável e baseado em extensa pesquisa clínica descrevendo a base teórica para a mudança de orientação sexual a longo prazo, e se alguns tipos de intervenção são mais eficazes do que outros. “*Além do mais, não existe evidência de que a terapia em si, ao invés de outras forças ou eventos, incluindo o poderoso desejo de negar interesses homoeróticos e ser um membro ‘aceitável’ ou ‘normal’ da sociedade, seja a modalidade causal para a mudança*”. (Forstein, 2001: 173; tradução nossa). Deste modo, até o presente momento, todos os argumentos que postulam que as terapias de conversão (sejam estas de base psicológica ou religiosa) são eficazes em mudar a orientação sexual de um indivíduo a longo prazo, não possuem qualquer fundamento científico.

A prática das terapias de conversão também está assolada por uma série de preocupações éticas, dentre as quais citamos o fato do terapeuta não proporcionar informações precisas e científicas sobre homossexualidade e sobre esta não ser mais considerada uma doença por diversas associações, não discutir a possibilidade do paciente ser feliz como homossexual, e deixar de comunicar que não existem evidências científicas de que terapias de conversão funcionem (Beckstead, 2001; Svensson, 2003).

Schroeder e Shidlo (2001) apontam, ainda, outras áreas de violações éticas, incluindo: *consentimento informado* (explicação do tipo de tratamento, seu embasamento teórico, eficácia, prognóstico, possíveis resultados negativos e existência de abordagens alternativas); *confidencialidade* (por exemplo, falar sobre o progresso do paciente adulto com seus pais, conjuge ou superiores),

reprimidos. Uma explicação alternativa, mas pouco provável, seria de que as ereções dos homens preconceituosos foram causadas por ansiedade durante o experimento.

coerção (por parte de pais, universidades religiosas ou do próprio terapeuta, que pode solicitar ao paciente aparecer na mídia para falar sobre seu sucesso na conversão), *aconselhamento pós-tratamento* (o paciente é pressionado a continuar com a terapia mesmo nos casos em que ela não está funcionando) e *provisão de indicações após a terapia ter falhado* (o paciente não é preparado para lidar com o fracasso da terapia, perdas sociais subseqüentes e aceitação da homossexualidade). O estudo realizado por Schroeder e Shidlo (2001) também revelou uma característica grave, mas infelizmente comum, das terapias de conversão: o fato do terapeuta imputar uma determinada etiologia à homossexualidade do paciente (pai distante, mãe superprotetora, abuso sexual infantil, etc.) mesmo quando este nega a existência de tais eventos na sua história de vida.

De acordo com os autores acima, terapeutas de conversão postulam que os candidatos ideais para este tipo de intervenção são indivíduos que possuem características de personalidade estereotipicamente masculinas (no caso de homens) ou femininas (no caso de mulheres); pouca ou nenhuma história de comportamento homossexual; que não se identificam como gays ou lésbicas; não possuem amigos homossexuais; possuem sólida fé religiosa, valores convencionais e comportamento/fantasias/orientação bissexual; estabilidade ocupacional e social; tolerância à frustração; baixa impulsividade; e que afirmam uma motivação forte para mudar (expressa como persistência em um programa de tratamento). Também são considerados elementos importantes o número de sessões de terapia, assim como o fato do indivíduo acreditar que a cura da homossexualidade é um “compromisso para a vida toda”, o que preveniria recaídas. Nesse sentido, vale lembrar que é freqüente, dentro das terapias de conversão, que a culpa pela falha do tratamento recaia sobre o paciente, que não estaria suficientemente motivado a mudar (Moor, 2001; Silverstein, 1996). Nicolosi (1997) também sugere que a idade ideal para iniciar o tratamento é entre 20 e 30 anos de idade, pois é durante esta fase da vida que existe maior pressão social em direção a um casamento heterossexual. Shidlo e Schroeder (1999), no entanto, não encontraram qualquer dado científico que demonstrasse que estas características sustentavam um bom prognóstico para a mudança da homossexualidade, pelo contrário, indivíduos com altos níveis de motivação e

adesão ao tratamento por períodos superiores a 10 anos, foram incapazes de mudar sua orientação sexual.

De acordo com Beckstead (2001), as limitações das teorias nas quais as terapias de conversão se baseiam têm a ver com o fato delas fazerem interpretações causais de eventos que são, mais provavelmente, correlacionais, com o objetivo de confirmar suas hipóteses sobre a etiologia da homossexualidade e a melhor forma de “curá-la”. A teoria de que a homossexualidade masculina teria sido causada por um pai ausente e/ou uma mãe superprotetora durante a primeira infância pode ser explicada ao contrário, isto é, o pai teria se distanciado do filho por perceber nele desejos homossexuais e não saber como lidar com isto (Isay, 1989; Sullivan, 1996). Mãe e filho, por sua vez, se apegariam cada vez mais um ao outro como uma forma de compensar a ausência do pai. Esta hipótese já tinha sido levantada por Hirschfeld ([1914] 2000) e foi testada por Freund e Blanchard (1983), que descobriram que os relacionamentos emocionalmente distantes entre pais e filhos homossexuais estavam relacionados ao papel de gênero atípico do filho quando criança, e não à homossexualidade deste. Bergling (2001) chegou a conclusões similares, isto é, gays apresentariam uma maior propensão a terem pais distantes quando o pai reconhece um comportamento efeminado no filho desde criança.

No mesmo sentido, se a teoria do pai distante ou inadequado estivesse correta, deveríamos notar um aumento significativo do número de indivíduos homossexuais após um período de guerra, por exemplo, onde pais geralmente se encontram ausentes. Naturalmente, este não é o caso. Grupos sociais com alta incidência de lares comandados por mulheres também não apresentam uma proporção maior de casos de homossexualidade (Svensson, 2003). E como explicar, a partir desta teoria, os milhões de homossexuais que possuem relacionamentos próximos com seus pais? Estudos de populações não-clínicas também têm falhado em encontrar associações entre dinâmicas familiares e o desenvolvimento de determinadas orientações sexuais (Bell e cols., 1981; Siegelman, 1981). Lembramos que explicações similares podem ser aplicadas à idéia de que homossexuais teriam tido relacionamentos ruins com crianças da sua idade. De acordo com as teorias das terapias de conversão, o homossexual se “desapegaria defensivamente” de outras crianças. No entanto, é possível que o

contrário seja verdadeiro, isto é, o sujeito pode ter sido rejeitado por seus pares porque as outras crianças perceberam características homossexuais nele.

Os estudos utilizados pelas terapias de conversão que mostram a homossexualidade como uma orientação sexual “perigosa” provêm de autores como Paul Cameron (1993), e têm sido desacreditados como fraudulentos. Com relação a Cameron, nos limitaremos a dizer que ele é um psicólogo norte-americano de extrema direita que, apesar de não praticar terapia de conversão, tem se dedicado a disseminar o preconceito contra homossexuais através de “estatísticas” carregadas de estereótipos e de sua organização intitulada *The Family Research Institute*. Apesar das pesquisas de Cameron não serem levadas à sério pela comunidade científica, elas têm tido um impacto substancial na mídia e na opinião pública, motivo pelo qual se tornaram relevantes para o nosso estudo. De acordo com Cameron (1993), por exemplo, os homossexuais seriam indivíduos depravados (o que os torna uma ameaça para eles mesmos e para a sociedade), viciados em sexo, mais propensos a cometerem assassinatos em massa e a recrutarem crianças, pedófilos, vetores de todo tipo de doenças (principalmente a AIDS) e possuidores de uma expectativa de vida máxima de 40 anos. De acordo com Besen (2003), Cameron chegou a propor, inclusive, que homossexuais fossem exterminados⁶⁹. Tal como nos aponta Morin (1977), indivíduos com preconceito internalizado que se deparam com este tipo de informação podem desconhecer que a homossexualidade não representa um tipo específico de personalidade ou de estilo de vida, mas que é apenas uma orientação sexual como qualquer outra.

As terapias de conversão e o preconceito internalizado

Como podemos observar, até os estudos mais entusiastas sobre a eficácia das terapias de conversão relatam um índice de sucesso em torno de 30% (Haldeman, 1999). Estes resultados são explicados pelos autores destas pesquisas como uma consequência do fato de que a orientação sexual de um indivíduo é

⁶⁹ Declarações desta natureza fizeram com que Cameron fosse expulso da *Associação Psicológica Americana* em 1983, enquanto outros profissionais e organizações fizeram o possível para desacreditá-lo. Herek (1998), por exemplo, detalhou os erros metodológicos (incluindo amostragem, coleta de dados e análise de resultados) e de validade das pesquisas realizadas pelo grupo de Cameron.

muito difícil de mudar. Enquanto a maioria das pessoas pode considerar 30% uma taxa de sucesso baixa, entre os terapeutas que praticam conversão este é um índice aceitável. No entanto, a aparente falta de preocupação destes terapeutas com relação aos casos em que o tratamento falhou é significativa. Apenas recentemente (Shidlo & Schroeder, 1999) a pergunta sobre o que acontecia com os outros 70% de pacientes que não conseguiram mudar, foi postulada. Tendo em vista as implicações psicológicas de tentar mudar algo tão profundo quanto a orientação sexual, é razoável que nos perguntemos o que acontece com a grande maioria dos indivíduos que se submetem a estes tipos de terapia. Esta possibilidade tem sido ignorada pela maioria dos praticantes das terapias de conversão que, devido ao forte preconceito contra a homossexualidade, acreditam que qualquer possibilidade de mudar a orientação sexual de um indivíduo, por menor que ela seja, vale a pena ser tentada, independente dos riscos envolvidos (Drescher, 2001b; Haldeman, 2001).

Faz-se importante ressaltar que, não obstante os freqüentes efeitos nocivos das terapias de conversão, não existe uma reação humana universal a estes tipos de intervenções, e as respostas exibidas pelos indivíduos podem depender de fatores tais como características de personalidade, o tipo de terapia utilizada (se ela foi percebida como sendo invasiva ou aversiva) e o grau de apoio social oferecido ao indivíduo. Em alguns casos, o sujeito pode se beneficiar, indiretamente, de uma terapia de conversão, no sentido de que pode abandonar, uma vez por todas, a idéia de que é possível mudar sua orientação sexual, focalizando seus esforços, a partir deste momento, na aceitação da própria homossexualidade. No entanto, para a maioria dos indivíduos, este não é o caso.

Para muitos, uma tentativa fracassada – ou uma série de tentativas fracassadas – em terapia de conversão sinaliza um final, não um começo. (...) Com o fim desta esperança (*de se conformar a expectativas da família, cultura e Igreja*), vem uma série de perdas potenciais: expulsão da família, perda da posição na sociedade, rejeição por parte de instituições familiares, perda de oportunidades para criar crianças, perda de fé e da comunidade, e vulnerabilidade ao preconceito contra a homossexualidade. (Haldeman, 2001: 120; parênteses nossos; tradução nossa)

Analisemos, agora, em primeiro lugar, o que leva uma pessoa a procurar este tipo de tratamento e, em segundo, quais são as conseqüências de fazê-lo. Visto que aceitação é algo que os homossexuais buscam desesperadamente, mas

freqüentemente não encontram, as terapias de conversão se tornam um caminho procurado, voluntariamente, por muito indivíduos, sobretudo por aqueles que sofrem de preconceito internalizado, em especial os adolescentes ou aqueles que são profundamente religiosos (Ford, 2001; Tozer & Hayes, 2004). No caso de indivíduos casados heterossexualmente, o apelo das terapias de conversão é ainda maior, dado a infelicidade de manter um relacionamento baseado em aparências, ou as conseqüências negativas de uma revelação da homossexualidade. Sentindo-se doentes, condenados ou com necessidade de mudar, estes sujeitos acabam procurando um tipo de terapia que promete encontrar uma solução congruente com seus valores morais e religiosos.

De um modo geral, podemos dizer que indivíduos que procuram terapias de conversão (sejam estas de base psicológica ou religiosa), são freqüentemente profundamente religiosos, (endossando uma ideologia fundamentalista que se opõe à aceitação do “pecado” da homossexualidade), são apreensivos a respeito de respostas negativas por parte de outros indivíduos, possuem auto-conceitos mais baixos que os da maioria da população e estão, de um modo geral, deprimidos (Weinberg & Williams, 1974). Quando este sujeito descobre que é possível tornar-se heterossexual, mudar de vida, deixar de sentir ódio de si mesmo e ser aceito pela sociedade, ele tende a sentir um alívio profundo e uma sensação de esperança jamais vivenciados. Membros do movimento ex-gay ou terapeutas que trabalham com conversão também oferecem, na maior parte das vezes, apoio e uma explicação “racional” externa para a homossexualidade do sujeito, desculpabilizando-o e normalizando os sentimentos homossexuais como uma característica de indivíduos que tiveram problemas com seus pais ou sofreram abuso sexual infantil. Não podemos minimizar o impacto que estas teorias possuem em indivíduos com preconceito internalizado que nunca conheceram outro homossexual assumido e feliz. Esta aceitação oferecida pelas terapias de conversão é similar àquela experienciada por homossexuais que freqüentam, pela primeira vez, um bar ou boate gays. A diferença, no entanto, reside no fato de que a aceitação e o amor oferecidos condicionalmente pelas terapias de conversão possuem um custo elevado.

Para podermos entender adequadamente o efeito que este tipo de terapia possui sobre homossexuais religiosos que sofrem de preconceito internalizado, devemos levar em consideração que procurar a terapia de conversão é vista como

uma evidência de obediência à Deus e às escrituras, uma forma do indivíduo entrar em contato com seus sentimentos homossexuais sem medo de sofrer rejeição. Para este sujeito, ser simultaneamente homossexual é cristão não é possível e, em vez de aceitar sua homossexualidade, ele prefere submeter-se ao sofrimento de uma conversão nesta vida, para que seu esforço e sua fé sejam reconhecidos na próxima. Frequentemente, estes indivíduos recebem uma grande dose de amor, aceitação, apoio e esperança por parte de outros “ex-gays”, que estão dispostos a admitirem suas imperfeições sexuais. Para o sujeito que anteriormente se sentia sozinho e incompreendido, entrar para um grupo onde existem outras pessoas com uma experiência de vida similar torna-se extremamente reconfortante (Ford, 2001).

Os encontros patrocinados pelo movimento dos ex-gays são ao mesmo tempo festivos e focados na cura da homossexualidade, o que tende a trazer esperança para o indivíduo. Inicialmente, o sujeito se sente seguro e pode genuinamente acreditar que sua orientação sexual mudou. Os problemas começam a aparecer mais tarde, quando o excitamento e a fase de “lua-de-mel” desaparecem, e o sujeito se dá conta de que aqueles antigos sentimentos homossexuais voltaram à tona. Sentido-se desarmado, o indivíduo pode achar que fez alguma coisa errada. Pode, então, decidir revelar seus pensamentos para outros membros do grupo, que o apoiarão dizendo que estes sentimentos homossexuais aflorados são, na realidade, tentações, mentiras e decepções, evidências de que o inimigo (leia-se, Satanás) não está satisfeito. Neste momento, o conceito de batalha espiritual geralmente é invocado e explicado como uma luta pela alma do indivíduo, o qual deve ser forte e resistir às tentações. Esta dinâmica faz com que diversos membros do movimento dos ex-gays se coloquem na posição de mártires, interpretando a volta de sentimentos homossexuais não como uma parte deles mesmos, mas como um ataque vindo de um inimigo externo, uma “cruz que deve ser carregada”. Para muitos, esta passagem de ser um “pecador” para se tornar um “penitente” é reconfortante. Se, não obstante seus esforços pessoais, o indivíduo continuar confessando desejos homossexuais ou pensamentos “impuros”, sua sinceridade e sua fé são questionadas, e a culpa por não ter conseguido mudar de orientação sexual recai não sobre o grupo de ex-gays, mas sobre o indivíduo, que, a partir deste momento, passa a acreditar que foi

abandonado por Deus, estando condenado a passar a eternidade no inferno (Ford, 2001).

No caso das terapias de conversão de base psicológica a culpa pela falha em tornar-se heterossexual também recai sempre sobre o indivíduo, nunca sobre o terapeuta ou os pressupostos de seu tratamento. Frequentemente, o sujeito aceita a responsabilidade por não estar conseguindo “curar-se” e se esforça com mais afinco para tornar-se heterossexual, tentando agradar seu terapeuta e a sociedade, de um modo geral. Nesta situação, o sujeito não tem como ganhar, pois ou suprime uma parte fundamental de si mesmo (o desejo homossexual), ou aceita a responsabilidade em ter, mais uma vez, falhado perante os demais (Moor, 2001). Sua família e seus amigos podem acusá-lo, inclusive, de não ter se esforçado em mudar ou não estar suficientemente motivado. De acordo com Ford (2001), o risco para depressão e pensamentos auto-destrutivos é particularmente elevado durante esta fase, visto que o indivíduo internaliza, novamente, a vergonha e a crença de que ele é defeituoso. O medo de perder o amor e a aceitação da família e dos amigos pode ser esmagador, o que intensifica sentimentos de abandono, baixa auto-estima e desesperança.

Na maior parte das vezes o sujeito acaba por se dar conta de que não é seguro dizer a verdade e que, para ganhar o respeito dos outros, precisa esconder seus desejos homossexuais. A partir deste momento, o indivíduo passa a se sentir não apenas um fracassado, mas também um mentiroso. Este aspecto é particularmente relevante quando lembramos que as terapias de conversão se apóiam fortemente na relação terapêutica para catalizar a mudança de orientação sexual⁷⁰. O paciente deve identificar-se com o terapeuta do mesmo sexo, conectar-se com ele emocionalmente e buscar sua aprovação através do estabelecimento de relações heterossexuais. Assim, quando o processo falha, as conseqüências podem ser desastrosas (Haldeman, 2001). Em alguns casos, uma dissonância cognitiva (Aronson, 1992) severa pode estabelecer-se, na medida em que o sujeito possui fortes crenças morais a respeito da homossexualidade, mas não é capaz de comportar-se de acordo com elas. Valorizar determinados preceitos morais, mas

⁷⁰ Estamos cientes de que uma das características fundamentais do êxito de processos psicoterapêuticos é a relação que se estabelece entre cliente e terapeuta. No entanto, nas terapias de conversão o terapeuta adota uma postura extremamente diretiva e se coloca na posição de um modelo que deve ser imitado.

falhar em viver de acordo com eles, pode causar confusão e depressão (Ford, 2001).

Se o homossexual, finalmente, desejar abandonar a terapia de conversão, ele também pode encontrar dificuldade de aceitação dentro da comunidade gay, cujos membros têm sido sistematicamente discriminados por grande parte das organizações religiosas (Besen, 2003). Com frequência, a comunidade homossexual não consegue compreender os motivos que levam uma pessoa a procurar este tipo de terapia. Na maior parte das vezes, o sujeito é julgado e desdenhado por homossexuais que possuem uma identidade positiva, desvalorizando os medos e a intensidade do conflito interno que a pessoa está experienciando. Isto faz com que o indivíduo se sinta inseguro, perdido, isolado e sem saída, o que pode fazer com que ele considere o suicídio como uma alternativa viável para acabar com seu sofrimento interior (Ford, 2001).

Outra consequência das terapias de conversão é o reforço dos estereótipos negativos com relação à homossexualidade, agora travestidos com uma roupagem científica. A *Associação Psiquiátrica Americana* em sua declaração de 1998 diz que:

Os riscos potenciais da “terapia reparativa” são grandes, incluindo depressão, ansiedade e comportamento auto-destrutivo, visto que o alinhamento do terapeuta com preconceitos sociais contra a homossexualidade pode reforçar o ódio próprio já experienciado pelo paciente. Muitos pacientes que se submeteram à “terapia reparativa” relataram que lhes foi erroneamente relatado que homossexuais são indivíduos solitários e infelizes, que nunca alcançam aceitação ou satisfação. (*American Psychiatric Association Position Statement on Psychiatric Treatment and Sexual Orientation*, 1998, citado por Drescher, 2001b: 203; tradução nossa)

Como vimos acima, Haldeman (2001) é um autor que tem se dedicado a estudar as consequências nocivas das terapias de conversão nos indivíduos que se submetem a elas. Assim, dentre os problemas apresentados por pacientes após uma tentativa mal-sucedida de mudança de orientação sexual citamos: baixa auto-estima, culpa relacionada a múltiplas perdas, depressão, isolamento social, evitação de intimidade, disfunções sexuais, perda do sentimento de masculinidade e preocupações religiosas e espirituais. O indivíduo pode apresentar apenas um destes problemas, vários ou todos eles simultaneamente.

Com o intuito de contrabalançar os efeitos negativos das terapias de conversão, Haldeman (2001) sugere uma série de medidas terapêuticas. Em primeiro lugar, postula que o sofrimento, a depressão e o luto experienciados pelas múltiplas perdas familiares, sociais e de auto-estima sejam reconhecidos e trabalhados. Em casos mais graves, a depressão advinda destas perdas pode levar à ideação ou comportamento suicida. Posteriormente, o sujeito deve receber informação científica e não-preconceituosa sobre a homossexualidade, pois é comum que estes pacientes tenham sido instruídos de que esta orientação sexual é uma insuficiência moral ou uma doença psicológica que acarreta diversas conseqüências negativas para o indivíduo. Este tipo de informação distorcida tende a potencializar a culpa experienciada pelo sujeito, devendo, portanto, ser examinada e questionada.

Como veremos adiante quando estivermos falando a respeito da conjugalidade homossexual, uma das correlações do preconceito internalizado (que tende a ser potencializado pelas terapias de conversão) é a dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos amorosos, aliada a uma evitação de intimidade e ao isolamento social. Com relação às disfunções sexuais (frequentemente relacionadas à excitação ou competência ejaculatória), estas parecem ser mais freqüentes entre indivíduos que se submeteram a terapias de conversão que utilizavam técnicas aversivas para extinguir a resposta homossexual e substituí-la por uma resposta heterossexual. *“Isto pode ser devido ao fato de que tratamentos aversivos afetam o indivíduo tanto num nível físico quanto mental, e o corpo responde a esta situação manifestando ambivalência com relação à expressão sexual.”* (Haldeman, 2001: 124-125; tradução nossa). Assim, este indivíduo pode evitar situações potencialmente românticas ou sexuais e se isolar progressivamente de qualquer contato social. Tal como ocorre com disfunções sexuais de um modo geral, o problema pode ser causado por atitudes negativas com relação ao sexo, aspectos estes que são particularmente relevantes para homossexuais que sofrem de preconceito internalizado.

Outra conseqüência negativa das terapias de conversão parece ser a perda do sentimento de masculinidade experienciada por sujeitos que não foram capazes de se transformar em heterossexuais. Devemos lembrar que a maioria destas teorias equipara masculinidade com heterossexualidade, além de sustentar a crença de que a homossexualidade se deve a uma interrupção do desenvolvimento

psicossexual normal causada por uma identificação inadequada com o pai do mesmo sexo. Visto que muitos terapeutas de conversão encorajam seus clientes a realizar atividades consideradas “masculinas” (tais como participar de eventos esportivos ou frequentar lugares voltados para homens heterossexuais), indivíduos que abandonam estas terapias podem experimentar uma perda do sentimento de masculinidade.

Por último, tal como discutimos acima, o efeito mais devastador das terapias de conversão é na área da espiritualidade e religião, devido ao fato de que estas crenças podem ser um aspecto tão importante do *self* quanto a orientação sexual. As razões para esta importância são múltiplas, mas o que devemos ter em mente é que para muitos indivíduos suas crenças religiosas e espirituais proporcionam direção e sentido para a existência humana. Assim, a religião pode estar associada com conforto espiritual, estrutura e valores familiares, perdas estas com as quais é extremamente difícil de lidar. Segundo Haldeman (2001), quando a religião e a sexualidade de um indivíduo estão em conflito, o *self* passa a enfrentar um enorme obstáculo para sua integração. Como vimos anteriormente, muitos indivíduos podem ter procurado as terapias de conversão por causa de suas crenças religiosas. O fracasso do tratamento, no entanto, não dissipa a força dos sentimentos religiosos, nem proporciona um mecanismo adequado para reconciliá-los com a homossexualidade.

A este problema acrescentamos o fato, também mencionado anteriormente, de que a comunidade gay, de um modo geral, tende a perceber instituições religiosas como forças opressoras em suas vidas, o que faz com que homossexuais com fortes crenças espirituais tenham dificuldade em se integrar à comunidade. Esta situação faz com que muitos indivíduos retornem inúmeras vezes às terapias de conversão, visto que a possibilidade de rejeição familiar, condenação religiosa e falta de apoio da comunidade gay, podem transformar-se em obstáculos difíceis demais de serem superados. A solução para este dilema parece ser afiliar-se a Igrejas ou congregações religiosas especificamente voltadas para homossexuais ou que acolham este setor da população, tal como discutido no capítulo sobre *Preconceito Sexual Internalizado*.

Comentários finais

Como vimos ao longo deste capítulo, parece ser muito pouco provável que as terapias de conversão sejam capazes de mudar a orientação sexual de um homossexual, transformando-o em heterossexual (Herek, 1999). Reivindicações sobre o sucesso destas intervenções estão baseadas em relatórios praticamente anedotais de cura, e nos últimos 40 anos estes terapeutas não têm sido capazes de produzir pesquisas científicas rigorosas que confirmem tais dados (Davern, 2001). Para cada história de um indivíduo que conseguiu mudar sua orientação sexual, existem diversas outras que narram o profundo sofrimento de homossexuais que tentaram transformar-se em heterossexuais sem sucesso. Muitas destas intervenções foram bem sucedidas apenas em reduzir ou eliminar o *comportamento* homossexual, ao invés de criar ou aumentar a atração heterossexual. Em outros casos, afirma-se que a terapia de conversão teve sucesso porque o indivíduo foi capaz de manter relações sexuais com um membro do sexo oposto. A orientação sexual, no entanto, envolve atrações e sentimentos que vão muito além de uma relação física. Desta forma, muitos ex-gays que dizem funcionar heterossexualmente após a terapia de conversão apenas suprimem seu comportamento homossexual, usando fantasias para serem capazes de manter relações heterossexuais. Bissexuais identificados como homossexuais também restringem seus contatos sexuais para que estes se adaptem ao padrão heterossexual esperado.

As terapias de conversão podem ser interpretadas como uma regressão à crença histórica de que a homossexualidade é pecaminosa ou prejudicial tanto para o indivíduo que a possui, quanto para a sociedade maior (Silverstein, 2003). Quando os terapeutas que praticam conversão postulam que muitos sujeitos estão infelizes com sua orientação homossexual, o que eles deixam de mencionar é que a infelicidade é quase sempre derivada do preconceito e do medo da rejeição (Besen, 2003). Indivíduos que tentam desesperadamente se conformar à normatividade heterossexual estão dispostos a fazer grandes sacrifícios de tempo⁷¹, esforço e dinheiro para alcançarem seus objetivos e escaparem do preconceito e da desvalorização social. Segundo Drescher (2001b), as terapias de

⁷¹ O estudo de Spitzer (2003), por exemplo, relata que 21% dos sujeitos pesquisados participavam de terapias de conversão há mais de 15 anos.

conversão nada mais são do que uma prática clínica questionável que oferece esperanças falsas a indivíduos desesperados e infelizes. Depois de um longo e doloroso processo, sujeitos que participaram destes tipos de intervenção não se tornam heterossexuais, mas acabam tendo seu preconceito internalizado exacerbado, dificultando a aquisição de uma identidade gay positiva (Schroeder & Shidlo, 2001; Shidlo e cols., 2001).

Não existiriam técnicas de reorientação onde não houvesse uma interpretação de que o homoerotismo é um estado inferior, uma interpretação que em várias maneiras continua a ser medicamente definida, criminalmente aplicada, socialmente sancionada, e religiosamente justificada. E é nessa interpretação moral, mais do que na teoria médica reinante, que todos os programas de reorientação possuem suas origens e justificativas. (Murphy, 1992: 520; tradução nossa)

Enquanto nossa sociedade fomentar o preconceito contra a homossexualidade existirão indivíduos infelizes e amedrontados buscando terapias de conversão para se transformarem em heterossexuais. A pergunta sobre a eficácia destes tipos de terapias já foi respondida inúmeras vezes: é altamente improvável conseguir mudar a orientação sexual de seres humanos através de intervenções psicológicas ou religiosas. Não obstante o acúmulo de informações científicas a respeito da homossexualidade como uma variação normal da sexualidade humana, estas não são capazes de contra-argumentar posições morais e religiosas. Na verdade, visto que a orientação sexual *em si mesma* não está correlacionada com saúde mental (DiPlacido, 1998; Herek, 1998), um indivíduo que sofre por causa de sua homossexualidade o faz devido ao preconceito da sociedade, isto sim devendo ser modificado.

7.2

Saúde Mental

7.2.1

Depressão, suicídio e ansiedade

Tal como exposto anteriormente, os estudos realizados por Hooker (1957) parecem ter inaugurado o que se convencionou chamar de a era moderna em pesquisas sobre homossexualidade (Schaefer e cols., 1987), isto é, pesquisas que se concentravam em estudar a saúde mental de gays e lésbicas em comparação com heterossexuais. Com a maior visibilidade adquirida pelo movimento homossexual no final da década de 60, as pesquisas na área tomaram uma nova direção, no sentido de deixar de considerar a homossexualidade como uma doença psiquiátrica e de destacar a igualdade dos índices de saúde mental existentes entre homossexuais e heterossexuais (Sandfort e cols., 2001). Assim, os estudos do início da década de 70 tinham como proposta estabelecer uma comparação entre homossexualidade e heterossexualidade em uma variedade de dimensões psicológicas que incluíam, segundo as classificações nosológicas da época, transtornos de humor, neuroses relacionadas a ansiedade ou fobias, dependência química, histeria, comportamento psicopático, transtorno obsessivo-compulsivo, paranóia e esquizofrenia. Os resultados destes estudos não indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Gonsiorek, 1977; 1982b), exceto por uma maior incidência de dependência química entre a população homossexual, tema que será discutido em detalhes mais adiante. Um estudo transnacional com mais de 2000 homossexuais realizado por Weinberg e Williams (1974) também encontrou dados semelhantes.

... o início do movimento de liberação homossexual resultou em um movimento político e social que em última instância teve um efeito profundo na comunidade psiquiátrica e psicológica. O resultado foi uma mudança no foco da pesquisa sobre homossexualidade: este mudou de um estudo das variáveis intra-psíquicas relacionadas com a homossexualidade (Modelo da Doença), para uma exploração de variáveis extra-psíquicas que influenciavam gays e lésbicas e afetavam seu ajustamento na sociedade (Modelo do Estresse). Este modelo enfatiza aspectos sócio-políticos de ser gay ou lésbica que afetam a adaptação, o ajustamento e a saúde. (Schaefer e cols., 1987: 124; tradução nossa)

Como mencionado no capítulo anterior, esta mudança no foco das pesquisas eventualmente levou a *Associação Psiquiátrica Americana* a retirar a homossexualidade do *DSM* em 1973. Apesar de atualmente a homossexualidade, em si mesma, não ser mais diagnosticada como um transtorno psiquiátrico, estudos recentes (Cochran, 2001; Friedman, 1999; Warner e cols., 2004) têm consistentemente demonstrado que devido ao preconceito, estigmatização e, particularmente no caso de gays masculinos, ao estresse de ter que lidar com a epidemia de AIDS, homossexuais manifestariam índices mais elevados de uma série de transtornos mentais. Deste modo, homossexuais apresentariam uma propensão maior do que heterossexuais a desenvolverem transtornos de humor (sobretudo depressão e transtorno bipolar), transtornos de ansiedade (particularmente transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias simples e agorafobia), sintomas psicossomáticos, a apresentarem comorbidade de transtornos mentais, a se preocuparem com sua saúde mental e se sentirem insatisfeitos com ela, e a utilizarem serviços de saúde mental e medicação psiquiátrica (Cochran & Mays, 2000; Cochran e cols., 2003; Gilman e cols., 2001; King e cols., 2003; Mays & Cochran, 2001; Ross, 1990; Sandfort e cols., 2001). Vale lembrar que, mais uma vez, não fomos capazes de encontrar pesquisas nacionais que tratassem deste assunto, dependendo, quase exclusivamente, de estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa.

De um modo geral, pode-se dizer que as pesquisas sobre saúde mental entre homossexuais tendem a estar focalizadas no tema da depressão e, particularmente, no elevado índice de suicídio deste setor da população, assunto que será discutido logo a seguir. Com relação especificamente à ansiedade, podemos dizer que a realidade de ter que conviver diariamente com uma identidade social estigmatizada explicaria, em parte, o fato de gays e lésbicas apresentarem um número significativo de transtornos de ansiedade, quando comparados a heterossexuais. De acordo com alguns autores (Patterson, 1995; Rotheram-Borus & Fernandez, 1995), a ansiedade generalizada em indivíduos homossexuais também pode ocorrer devido a uma supergeneralização de medos realistas de rejeição. Neste sentido, Finnegan e McNally (2002) postularam que em casos mais severos estes indivíduos podem se tornar extremamente medrosos, hipervigilantes e, inclusive, paranóicos, estando constantemente preocupados com possíveis fontes de perigo e apresentando dificuldade em discriminar ameaças

reais daquelas que são imaginárias, o que, naturalmente, prejudica consideravelmente suas vidas. Igartua e cols. (2003), por sua vez, mencionam uma hipótese complementar ao sugerir que o fato do indivíduo se enxergar negativamente pode criar ansiedade, independente de haver uma ameaça real de descoberta da homossexualidade. Em outras palavras, *“a vergonha é possível mesmo quando ninguém está olhando”* (Igartua e cols., 2003: 25; tradução nossa).

No estudo realizado por Cochran e cols. (2003), por exemplo, homossexuais e bissexuais, quando comparados a heterossexuais, tinham 3 vezes mais chances de serem diagnosticados com depressão, 4.7 vezes mais chances de desenvolverem transtorno do pânico e 3 a 4 vezes mais chances de apresentarem comorbidade para dois ou mais transtornos mentais. Este último dado é significativo porque, de um modo geral, acredita-se que a comorbidade esteja relacionada com severidade da doença e índices maiores de utilização de tratamento psiquiátrico (Kessler e cols., 1999a). A pesquisa de Gilman e cols. (2001), por sua vez, aponta para o fato de que homossexuais que sofrem de depressão grave também apresentam uma maior prevalência de pensamentos, planejamentos e tentativas de suicídio, quando comparados a heterossexuais na mesma situação. Estes dados são corroborados por Remafedi e cols. (1998), que relatam que 28% dos sujeitos homossexuais masculinos da sua amostra haviam tentado o suicídio, enquanto este número seria de apenas 4% para os homens heterossexuais, isto é, de acordo com este estudo, gays teriam 7 vezes mais chances de tentarem o suicídio do que homens heterossexuais.

Buhrich e Loke (1988), em uma revisão de estudos australianos, também concluem que tentativas de suicídio são mais comuns entre homossexuais. O estudo de King e cols. (2003), realizado na Inglaterra, relata que um quarto dos homossexuais de sua amostra tentaram causar danos a si próprios, em comparação com um sétimo dos heterossexuais. Mais importante ainda parece ser o fato de que 65% dos gays que tomaram esta atitude relataram sua orientação sexual como o motivo. Pesquisa realizadas com gêmeos (Herrell e cols., 1999) também chegaram a conclusões semelhantes, ou seja, a homossexualidade estaria significativamente associada com pensamentos e tentativas de suicídio. O estudo de Robertson (1998), por sua vez, revela que, pelo menos na sua amostra, as tentativas de suicídio estavam frequentemente associadas com o fato de um dos membros da família do sujeito ter descoberto sua orientação sexual e tê-lo

rejeitado por isso. Para Cochran e Mays (2000), quando comparados a heterossexuais, homossexuais teriam 5 vezes mais chance de tentarem se suicidar, estariam mais predispostos a apresentar episódios recorrentes de depressão e a desenvolver este transtorno mais cedo durante suas vidas.

No que se refere mais especificamente aos elevados índices de episódios de depressão grave entre gays e lésbicas, grande parte dos estudos (McDaniel e cols., 2001; Nicholas & Howard, 1998) parece ter encontrado uma forte associação entre adolescentes e jovens homossexuais e risco de suicídio. Na amostra de Paul e cols. (2002), por exemplo, 12% dos homossexuais entrevistados haviam tentado o suicídio (metade destes mais de uma vez), com a maioria fazendo a primeira tentativa antes dos 25 anos de idade. Este índice seria 4 vezes maior ao existente entre heterossexuais, cujas tentativas de suicídio girariam em torno de 2.4%. O estudo de Nicholas e Howard (1998), realizado na Austrália, encontrou índices ainda mais elevados, sugerindo que adolescentes homossexuais teriam 3.7 vezes mais chances de tentarem o suicídio.

Segundo Remafedi e cols. (1991) as tentativas de suicídio de adolescentes homossexuais tendem a ser recorrentes e podem ser consideradas mais graves do que aquelas cometidas por heterossexuais da mesma idade. Nos casos em que o jovem não morre, o índice de assistência médica, psicológica ou familiar após a tentativa de suicídio é extremamente baixo. Os autores também verificaram que, em comparação com estudos realizados em décadas anteriores, a idade média da primeira tentativa de suicídio vem diminuindo progressivamente com o passar dos anos. Este resultado pode ser explicado, em parte, porque, após os ganhos obtidos pelo movimento homossexual, gays e lésbicas começaram a se assumir cada vez mais cedo, situação que, como foi exposto anteriormente, pode levar a elevados níveis de estresse e outras conseqüências negativas, particularmente no caso de adolescentes.

Paul e cols. (2002) identificaram, igualmente, fatores de risco que aumentariam a probabilidade de tentativas de suicídio entre adolescentes homossexuais, incluindo experiências constantes de preconceito e discriminação, tempo recente da primeira relação sexual com uma pessoa do mesmo sexo, e assunção da homossexualidade para a família.

Famílias frequentemente funcionam como sistemas de suporte quando indivíduos atravessam tempos difíceis. No entanto, parece que, neste caso, as famílias acrescentam ao estresse. Neste estágio é provável que jovens adultos GLB (*gays, lésbicas e bissexuais*) ainda não tenham trabalhado sentimentos de preconceito internalizado e, na melhor das hipóteses, ainda estejam ambivalentes quanto à sua orientação sexual. Assumir-se pode parecer uma confissão de suas falhas e a vergonha pode se tornar insuportável. (Igartua e cols., 2003: 25-26; tradução nossa; parênteses nossos)

De fato, a assunção da homossexualidade parece ser o evento de vida mais crítico, pois de acordo com D'Augelli e cols. (1998), adolescentes homossexuais assumidos experienciam um número maior de abusos verbais e físicos e apresentam índices mais elevados de ideação suicida do que aqueles que ainda não revelaram sua orientação sexual. Outros autores (Nicholas & Howard, 1998; Remafedi e cols.; 1991; Remafedi, 1994) incluem nesta lista fatores de risco adicionais, tais como o fato do adolescente assumir sua orientação sexual e ter experiências homossexuais durante a pré-adolescência, término de relacionamentos amorosos, dependência química, abuso sexual, assunção de papéis de gênero atípicos, problemas familiares e/ou sociais (incluindo fugir/ser expulso de casa, envolvimento com prostituição e criminalidade) e conflito pessoal com relação à própria homossexualidade. Naturalmente, muitos dos fatores de risco citados acima também estão presentes entre adolescentes heterossexuais que cometem suicídio, mas, no caso de homossexuais, seus efeitos são potencializados pelo preconceito, estigmatização e isolamento aos quais estes jovens estão expostos diariamente.

As explicações para a maior incidência de tentativas de suicídio entre adolescentes homossexuais são diversas. Em primeiro lugar, de acordo com inúmeros estudos (Cloud, 2005; Nicholas & Howard, 1998; Remafedi, 1994), adolescentes homossexuais são expostos a graus mais elevados de preconceito, discriminação e violência do que adultos, e poucos contam com fontes de apoio social (por parte de suas famílias de origem, amigos ou comunidade gay) que possam minimizar sentimentos de solidão, alienação e isolamento. O estudo de Herdt e Boxer (1993) parece confirmar esta idéia quando postula que jovens homossexuais não estão confusos quanto à sua sexualidade, mas não sabem como expressá-la em um ambiente social hostil. Adolescentes, por sua vez, sejam estes heterossexuais ou homossexuais, raramente possuem os recursos psíquicos e a

resiliência necessárias para lidar com estes conflitos, situação que tende a aumentar sua vulnerabilidade ao suicídio (Miranda & Storms, 1989).

Em segundo lugar, uma análise interessante de Paul e cols. (2002) sugere que o estresse relacionado ao preconceito e à discriminação pode ter uma ligação proximal ou distal com relação aos elevados índices de suicídio entre jovens homossexuais, similarmente às conseqüências a médio e longo prazo de outros eventos de vida traumáticos. Em outras palavras, estes eventos podem causar um sofrimento psíquico suficientemente forte que faça com que o adolescente contemple o suicídio, mas podem também estar ligados a baixa auto-estima, dependência química e subseqüentes transtornos do humor que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo ao suicídio.

As pesquisas acima, assim como as de outros autores (Coyle, 1993; Meyer, 1995; Warner e cols., 2004), parecem concordar com a idéia de que as diferenças nos índices de transtornos mentais entre homossexuais (tanto adolescentes quanto adultos) e heterossexuais podem ser explicadas não por características intrínsecas à homossexualidade, mas como fruto do preconceito e da estigmatização a que gays e lésbicas são submetidos diariamente. Um relatório de 1994 da *Associação Médica Americana*, por exemplo, conclui que “*muito do distúrbio emocional experienciado por gays e lésbicas com relação à sua identidade sexual não está baseado em causas fisiológicas, mas se deve a um senso de alienação em um ambiente hostil*” (citado por Murphy, 1997: 84; tradução nossa).

Esta idéia é corroborada pelo estudo de Mays e Cochran (2001), que descobriram que as chances de desenvolver transtornos psiquiátricos aumentava significativamente em indivíduos que haviam sofrido discriminação, seja apenas em uma ocasião isolada ou diariamente. Meyer (1995) obteve dados similares, concluindo que homossexuais que experienciam elevados níveis de estresse possuem 2 a 3 vezes mais chances de apresentarem sofrimento psíquico acentuado. Outras pesquisas (Dohrenwend, 2000; Kessler e cols., 1999b; Mazure, 1995) demonstraram, por exemplo, que, tanto no caso de heterossexuais como no de homossexuais, alguns tipos de transtornos mentais (particularmente aqueles relacionados a humor, ansiedade ou dependência química) são influenciados pelos efeitos do estresse e da estigmatização. A pesquisa de Otis e Skinner (1996), por sua vez, foi capaz de encontrar uma correlação significativa entre a vitimização

experienciada por gays e lésbicas e depressão, assim como entre preconceito internalizado e depressão.

Estes dados também parecem estar relacionados com o fato de que indivíduos estigmatizados apresentam maiores chances de serem expostos a experiências de vida negativas que podem afetar a aquisição de certas habilidades pessoais e sociais, tais como sensação de controle sobre a própria vida, auto-estima e apoio social (Aneshensel e cols., 1991; Aneshensel, 1992; Lackner e cols., 1993; Pearlin, 1989; Turner & Lloyd, 1999). Neste sentido, o estudo de Ross (1990) conclui que, no caso de homossexuais, as conseqüências sociais e emocionais de eventos de vida negativos são potencializadas pela experiência de estigmatização. Em homossexuais com preconceito internalizado os efeitos da vitimização podem ser ainda mais graves, pois, segundo Coates e Winston (1983), esta experiência tende a afetar a auto-percepção do indivíduo, fazendo com que o sujeito se enxergue como desviante, reforçando uma auto-imagem negativa.

Weinberg e Williams (1974) sugerem, por sua vez, que homossexuais não diferem de heterossexuais em medidas de estabilidade psicológica e social, ajustamento vocacional ou capacidade para tomar decisões. Argumentam, pelo contrário, que os menores índices de saúde mental dos homossexuais estariam correlacionados com o grau em que o sujeito aceita sua orientação sexual, isto é, com o preconceito internalizado. Estes dados são corroborados por Meyer (1995) e por Alexander (1986), que verificaram que homossexuais masculinos com preconceito internalizado apresentavam graus mais elevados de depressão.

Com relação especificamente ao apoio social, Lackner e cols. (1993) descobriram que este estava significativamente associado com saúde mental e que homossexuais que relatavam sentimentos de isolamento experienciavam um número maior de transtornos psíquicos. O estudo de Vincke e Bolton (1994), realizado na Bélgica, conclui que a falta de apoio social gera depressão e baixos índices de auto-aceitação em homossexuais. Rofes (1983) concorda com este raciocínio, postulando que sistemas de apoio social tais como família, Igreja e instituições escolares são vitais para o bem-estar de indivíduos. Com relação a este tema, Meyer (1993) verificou que o sentimento de fazer parte de uma comunidade gay mais ampla pode se tornar um fator extremamente importante na minimização dos efeitos do estresse experienciado por homossexuais. Miranda e Storms (1989), por sua vez, postulam que a aquisição de uma identidade

homossexual positiva tende a promover ajustamento psicológico entre gays e lésbicas, reduzindo significativamente sintomas de ansiedade, por exemplo.

Juntamente com as dificuldades relatadas acima, parece haver uma relutância e desconfiança por parte de homossexuais em revelar sua orientação sexual a agentes de saúde, o que faz com que necessidades relacionadas à saúde física e mental destes indivíduos não sejam reconhecidas e tratadas adequadamente por profissionais (Robertson, 1998). Como temos visto ao longo desta tese, o medo de ser vítima de preconceito e discriminação não é infundado, e muitos homossexuais temem ser ridicularizados, ignorados ou se tornarem vítimas de terapias de conversão caso assumam sua orientação sexual para psicólogos ou psiquiatras.

Por último, gostaríamos de frisar que, não obstante o preconceito aparentar ser uma explicação plausível para a diferença nos índices de saúde mental entre hetero e homossexuais, ele naturalmente não explica, por si só, todos os transtornos psíquicos que gays e lésbicas possam, porventura, apresentar, distúrbios estes que podem não ter nenhuma correlação com o estigma de ser homossexual na nossa sociedade. Também faz-se importante ressaltar que as pesquisas acima não visam re-patologizar a homossexualidade, mas sim abordar a orientação sexual como um possível fator de risco dentre muitos outros (tais como gênero, raça, idade, estado civil e condição sócio-econômica, por exemplo) que podem influenciar o início, curso ou prognóstico de transtornos mentais. Finalmente, mencionamos que apesar de estarem expostos a um risco mais elevado de desenvolverem distúrbios psíquicos específicos, a grande maioria dos homossexuais, ao longo de suas vidas, não apresenta quaisquer transtornos mentais.

7.2.2

Transtornos alimentares

Tal como mencionamos em capítulos anteriores, o preconceito internalizado por homossexuais masculinos também tem sido correlacionado com transtornos alimentares, razão pela qual abordaremos, a partir deste momento, a incidência destes transtornos na população homossexual. Em primeiro lugar, devemos apontar para o fato de que esta discussão ainda é bastante recente,

sobretudo porque anorexia e bulimia nervosa são transtornos fortemente associados ao sexo feminino. Neste sentido, vale a pena ressaltar que transtornos alimentares em homens só começaram a ser efetivamente pesquisados a partir da década de 80 (Atkins, 1998), ao passo que a especificidade destes em homossexuais masculinos só recebeu atenção 10 anos mais tarde⁷². Frisamos, mais uma vez, que todas as pesquisas citadas a seguir são, na sua grande maioria, norte-americanas, não tendo sido capazes de encontrar dados nacionais, seja sobre homens com transtornos alimentares, seja sobre homossexuais com os mesmos sintomas. Lembramos também que apesar de existirem algumas clínicas nos Estados Unidos e na Europa que atendem homossexuais com transtornos alimentares, instituições semelhantes são desconhecidas no Brasil.

De acordo com Anderson (1992), 10% dos pacientes com transtorno alimentar são homens, sendo que 30% deste total é composto por homossexuais masculinos (Carlat e cols., 1997; Heffernan, 1994; Schneider & Agras, 1987). Se lembrarmos, tal como abordado anteriormente, que o número total de homossexuais varia entre 4% a 8% da população adulta (Small, 1996; Kahan & Mulryan, 1995), o dado de que 30% dos casos diagnosticados com transtornos alimentares seja composto por gays torna-se bastante significativo. Herzog e cols. (1984) apontam para o fato de que é possível que homossexuais masculinos se apresentem para tratamento em números mais expressivos que homens heterossexuais, possivelmente pelo temor que estes últimos possuem de serem diagnosticados com um transtorno considerado pertencente ao universo feminino. Diversas pesquisas (Beren e cols., 1996; French e cols., 1996; Herzog e cols., 1991; Schneider e cols., 1995; Siever, 1994; Silberstein e cols., 1989; Williamson & Hartley, 1998; Yager e cols., 1988), no entanto, têm consistentemente encontrado uma associação entre homossexualidade e patologia alimentar em populações não-clínicas.

Estudos na área indicam que homossexuais masculinos apresentam sintomas, comportamentos e preocupações corporais muito semelhantes aos exibidos por mulheres heterossexuais, encontrando-se igualmente sujeitos à influência das mensagens sobre magreza como um ideal a ser alcançado,

⁷²Apesar dos transtornos alimentares em homossexuais masculinos só começarem a ter sido estudados a partir da década de 90, encontramos um artigo pioneiro sobre homossexualidade e imagem corporal datado de 1979 (Prytula e cols., 1979).

veiculadas pelos meios de comunicação de massa (Gettelman & Thompson, 1993; Strong e cols., 2000a). Neste sentido, podemos dizer que, em comparação com homens heterossexuais, gays relatam um número maior de sintomas indicativos de transtornos alimentares, se mostram mais preocupados com seu peso e aparência, apresentam maior insatisfação corporal, consideram a aparência central para sua auto-estima, fazem mais dietas, adotam um maior número de comportamentos relacionados com compulsão alimentar ou purgação, e realizam exercícios físicos com maior frequência com o intuito de melhorar sua aparência física (Beren e cols., 1996; Brand e cols., 1992; French e cols., 1996; Herzog e cols., 1991; Morrison e cols., 2004; Schneider e cols., 1995; Siever, 1994; Silberstein e cols., 1989; Williamson & Hartley, 1998; Yager e cols., 1988). Apesar de não nos determos neste assunto, vale mencionar que, no caso das lésbicas, as pesquisas realizadas até o momento têm obtido resultados contraditórios, não sabendo-se ao certo se elas apresentam índices de transtornos alimentares semelhantes ou inferiores àqueles das mulheres heterossexuais.

Grande parte dos estudos citados acima têm apontado explicações semelhantes para a elevada incidência de transtornos alimentares entre a população homossexual masculina. Uma explicação com a qual todos parecem concordar é a de que a subcultura homossexual valoriza excessivamente atratividade física, magreza e juventude (Anderson & Holman, 1997; Carlat e cols., 1997; Herzog e cols., 1991; Siever, 1994; Silberstein e cols., 1989; Yager e cols., 1988). Tal como explorado em maior profundidade em Nunan (2001), a mídia voltada para o público homossexual também tende a reforçar imagens de homens jovens, bonitos e com porte atlético, dados estes que são corroborados por outros autores (Cohen, 1997; Martell e cols., 2004).

Neste ponto, devemos lembrar que atualmente o padrão estético almejado pela maioria dos homossexuais masculinos é aquele representado pelas *Barbies* (nome que alude diretamente à boneca norte-americana), um subgrupo da comunidade homossexual. Em poucas palavras, as *Barbies* podem ser definidas como homossexuais musculosos que vivem para modelar o corpo (através de intermináveis horas de exercícios físicos, ingestão de anabolizantes e dietas alimentares específicas), de acordo com o conceito exacerbado de masculino. Amiúde raspam os pelos para que a musculatura se destaque e colocam bastante ênfase na sua aparência externa. Autores como Williamson (1999) proporcionam

uma explicação interessante para este fenômeno quando postulam que a construção de um corpo musculoso e viril, isto é, não-efeminado, facilita a aceitação social destes homossexuais, pois sua aparência externa está dentro dos padrões da masculinidade (Cohen, 1997; Sabino, 2000). Adotando um raciocínio semelhante, pode-se especular também que o corpo aparentemente saudável das *Barbies* contradiz o estereótipo de que os homossexuais são indivíduos doentes e portadores do vírus HIV. Estudos mais recentes (Yelland & Tiggemann, 2003), por sua vez, mencionam que para muitos homossexuais o corpo ideal seria ao mesmo tempo “magro” e “musculoso”, o que pode incentivar estes indivíduos a adotarem comportamentos alimentares de risco, tais como restrição de ingestão de determinados alimentos, uso de anabolizantes e/ou suplementos alimentares, e realização de exercícios físicos anaeróbicos em excesso.

De fundamental importância é o fato de que o meio homossexual parece seguir esse padrão de beleza que exalta a virilidade e a juventude, exacerbando o narcisismo e a busca de uma perfeição inalcançável. Neste sentido, podemos dizer que, ironicamente, a inserção do indivíduo na comunidade homossexual tem conseqüências simultaneamente benéficas e prejudiciais, pois ao mesmo tempo em que diminui seu preconceito internalizado, também contribui para o aparecimento de transtornos alimentares. Williamson e Spence (2001) postulam que transtornos alimentares e insatisfação corporal entre homossexuais masculinos estão correlacionados com baixa auto-estima e preconceito internalizado, assim como com uma internalização da crença de que “ser magro e atraente é importante”. Os sujeitos pesquisados por estes autores mencionaram também que a atratividade física era altamente valorizada por outros membros da comunidade gay. No entanto, estes mesmos autores verificaram que indivíduos que participavam de eventos organizados pela comunidade gay (tais como festivais, paradas, etc.), que valorizavam a *identidade* homossexual, apresentavam índices de transtorno alimentar mais baixos do que sujeitos que freqüentavam a “cena comercial gay” (composta por locais de freqüência homossexual, tais como bares e boates), que tendem a alienar indivíduos que não se adequam a um padrão estético pré-determinado.

Siever (1994), por sua vez, adota uma explicação de natureza evolucionista, sugerindo que homossexuais masculinos e mulheres heterossexuais estão mais insatisfeitos com sua aparência devido ao fato de que ambos tentam

atrair e agradar parceiros do sexo masculino. De acordo com determinadas teorias evolucionistas (Coombs & Kendell, 1966; Hatfield & Sprecher, 1986; Stroebe e cols., 1971; Vail & Staudt, 1950), ao escolher parceiros sexuais, homens dariam prioridade a características físicas, enquanto mulheres dariam ênfase a fatores como personalidade, status, poder e situação financeira. Por este motivo, homens heterossexuais e mulheres lésbicas estariam menos preocupados com sua atratividade física e, conseqüentemente, menos insatisfeitos com seus corpos, o que provocaria incidências mais baixas de transtornos alimentares.

Outra explicação oferecida para a maior incidência de transtornos alimentares entre homossexuais masculinos inclui a idéia, que pode ser considerada preconceituosa, de que gays que possuem uma identificação de papel de gênero feminina teriam uma propensão maior a apresentar estes tipos de sintomas (French e cols., 1996; Lakkis e cols., 1999; Meyer e cols., 2001; Murnen & Smolak, 1997). Outros autores (Fichter & Daser, 1987; Strong e cols., 2000b) postulam, igualmente, que, durante a infância, homossexuais masculinos apresentariam graus mais baixos de conformidade a seu papel de gênero do que crianças da mesma idade, sugerindo uma relação entre esta característica e insatisfação corporal, sobretudo no caso de adolescentes.

Williamson e Hartley (1998) mencionam teorias ligadas ao preconceito institucionalizado, sugerindo que, no caso de homossexuais masculinos, o transtorno alimentar refletiria, simultaneamente, questões de controle (tendo em vista sua posição social estigmatizada), assim como ansiedade com relação ao desenvolvimento de uma identidade homossexual, sobretudo no caso de adolescentes, quando os conceitos de aparência física e atração sexual tornam-se particularmente relevantes (McDonald, 1982). Estas teorias parecem encontrar eco em uma revisão de estudos realizada por Hsu (1990). O estudo de Gettelman e Thompson (1993) também revelou dados interessantes com relação aos estereótipos imputados a homossexuais masculinos: segundo estes autores, a população homossexual masculina é vista por outros indivíduos como possuindo um grau maior de transtorno de imagem corporal e preocupação com aparência física, peso e dietas do que é, de fato, correto. Atkins (1998), por sua vez, relata que o gay masculino é estereotipado como um indivíduo fútil, obcecado por seu corpo e interessado apenas na aparência das demais pessoas. Neste sentido, podemos pensar que sujeitos que internalizam estas crenças negativas podem,

através do já citado mecanismo da profecia auto-realizadora, acabar confirmando o estereótipo de que todo homossexual sofre de algum tipo de transtorno alimentar, acreditando, igualmente, que preocupar-se excessivamente com sua aparência nada é mais do que uma característica intrínseca à homossexualidade.

O primeiro estudo a estabelecer de fato uma correlação entre preconceito internalizado e transtornos alimentares foi o de Brown (1987), que ressaltou a importância da assunção da homossexualidade como uma forma de tratar estes sintomas em homossexuais. Dados semelhantes foram encontrados por Atkins (1998) e Thompson (1995), esta última autora também apontando para uma correlação entre racismo internalizado e transtornos alimentares. Russell e Keel (2002) sugerem que homossexuais masculinos que sofrem de algum tipo de transtorno alimentar relatam um grande desconforto com relação à sua orientação sexual, além de um número significativo de sintomas de anorexia ou bulimia nervosa, maior insatisfação corporal, baixa auto-estima e depressão. Estes dados são corroborados por estudos anteriores (Crisp, 1967; Crisp, 1970; Crisp & Toms, 1972; Dally, 1969; Herzog e cols., 1984; Scott, 1986), que descrevem uma elevada prevalência de conflitos homossexuais em pacientes diagnosticados com anorexia nervosa. Na amostra de Herzog e cols. (1984), por exemplo, 26% de seus pacientes masculinos com anorexia nervosa eram homossexuais, e desse total 71% apresentavam conflitos relacionados à sua sexualidade.

Williamson (1999) e Williamson e Hartley (1998) também apontam o preconceito internalizado como uma das explicações para o elevado índice de transtornos alimentares entre homossexuais masculinos, sugerindo que, nestes casos, o conflito que o indivíduo experiencia com relação à própria orientação sexual é deslocado para seu corpo, transformando-se em repulsa a este e ao que representa. De acordo com os autores acima, comportamentos tais como comer compulsivamente, restringir a ingestão de alimentos e vomitar, por exemplo, poderiam ser interpretados como um desejo do indivíduo de punir o próprio corpo, considerado “doentio” por ele. Pesquisas recentes (e. g. Reilly & Rudd, 2006) mostram, também, que elementos de preconceito internalizado parecem estar correlacionados com imagem corporal, auto-estima e comportamentos bulímicos, mas não especificam a natureza destes componentes. Acreditamos, pelas razões expostas acima, que o tema dos transtornos alimentares em

homossexuais masculinos deva ser investigado de forma aprofundada em estudos posteriores.

7.2.3

Abuso de álcool e drogas

Apesar da dependência química ser um sério problema de saúde para homossexuais, ele tem sido praticamente ignorado tanto pela comunidade gay (que recusa admitir suas proporções epidêmicas), quanto por profissionais que trabalham com indivíduos dependentes (que negam serem preconceituosos e evitam lidar com temas ligados à sexualidade) (Finnegan & McNally, 1995)⁷³. O primeiro livro escrito sobre este assunto data da década de 80 (Finnegan & McNally, 1987), e apesar da bibliografia sobre o tema ter crescido consideravelmente nos últimos anos, sobretudo nos Estados Unidos, não fomos capazes de encontrar material em português. O mesmo ocorre com centros de tratamento de dependência química especializados na população homossexual que, até onde sabemos, são inexistentes no Brasil. Vale lembrar que centros semelhantes existem em outros países desde 1986, em que pese o número destes ser bastante restrito (Ratner, 1988).

Antes de iniciarmos nossa discussão propriamente dita, faz-se necessário dar algumas definições sobre dependência química, assim como que tipo de substâncias podem ser inseridas nesta categoria. Primeiramente, de acordo com a *Organização Mundial de Saúde*, síndrome de dependência pode ser definida como “*Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham valor*” (CID-10, 1993: 74). Em outras palavras, consideramos que um indivíduo é dependente químico quando ele mostra tolerância, sintomas de abstinência ou um padrão de uso compulsivo de substâncias associadas com um estado de intoxicação patológica (Anderson, 1996; Kaplan e cols., 1997; Masur, 1985). Vale ressaltar que a dependência química freqüentemente ocasiona

⁷³A título de curiosidade mencionamos que existe, desde 1979, a *NALGAP* ou *National Association of Lesbian and Gay Alcoholism Professionals* (Associação Nacional de Profissionais de Alcoolismo Gays e Lésbicos), criada justamente para fazer frente a esta situação.

problemas de natureza pessoal na vida do indivíduo, incluindo dificuldades nas áreas familiar, social e ocupacional.

Em segundo lugar, estas substâncias (às quais nos referiremos, a partir de agora, como “drogas”), podem ser lícitas ou ilícitas, enquadrando-se, didaticamente, em três grandes categorias gerais: depressoras, alucinógenas ou estimulantes. Entre as drogas *depressoras* podemos citar: álcool; sedativos, ansiolíticos e hipnóticos (benzodiazepínicos, barbitúricos); opióides (heroína, morfina, codeína); inalantes (colas, solventes, propulsores de aerossóis, combustíveis) e gases anestésicos (óxido nitroso, éter, nitrato de amila). As drogas *alucinógenas* incluem: maconha; LSD; PCP; psilocibina (cogumelos); mescalina (do cacto “peioite”) e ketamina (também conhecida como “special k”, “super k”, “vitamina k”, ou simplesmente “k”). Por último, enquadrados na categoria de *estimulantes* as seguintes drogas: cocaína; crack (cocaína fumada); free base; anfetamina (conhecida popularmente como “bolinha”); metanfetamina (conhecida também como “crystal”, “speed” ou “crank”); ice (metanfetamina pura); anfetaminas de designer ou anfetaminas sintetizadas (ecstasy, eve, STP); GHB (ecstasy líquido) e speedball⁷⁴ (cocaína ou crack misturado com heroína).

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos e na Europa têm consistentemente demonstrado uma elevada incidência de abuso de álcool e drogas entre a população homossexual. De acordo com diversos estudos (Bickelhaupt, 1995; Bux, 1996; Cabaj, 1992, 1996, 1997; Fifield, 1975; Frosch e cols., 1996; Kelly, 1991; Kus & Procházka, 1991; Lohrenz e cols., 1978; Morales & Graves, 1983; Mosbacher, 1993; Paul e cols., 1991; Saghir & Robins, 1973; Skinner, 1994; Skinner & Otis, 1996; Stall & Wiley, 1988; Weinberg & Williams, 1974), entre 20% a 35% dos gays e lésbicas sofrem de algum problema relacionado a álcool ou drogas, ao passo que este número é de apenas 8%-17% para o grupo heterossexual (Clark & Midanik, 1982; Kaplan e cols., 1997). De acordo com dados levantados por algumas pesquisas (Kessler e cols., 1994; Ryan e cols., 1999), homossexuais teriam índices de dependência química três vezes mais elevados que os da população heterossexual geral. Tal como mencionado acima, o Brasil não possui estatísticas sobre dependência química entre

⁷⁴ A droga “speedball”, ainda sem nome em português, é uma tentativa de contrabalançar o efeito estimulante da cocaína (ou crack) com o efeito depressor da heroína, muitas vezes gerando reações fisiológicas fatais para o indivíduo que faz uso dela.

homossexuais, mas um recente levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas (Carlini e cols., 2002) estimou em 11,2% a porcentagem da população nacional que é dependente de álcool, número este similar ao encontrado em outros países.

Outro dado interessante de ser apontado é que, ao contrário do que acontece com heterossexuais, gays e lésbicas não passam a consumir menores quantidades de álcool e drogas à medida que ficam mais velhos (McKirnan & Peterson, 1989). Esta característica de uso faz com que, provavelmente, os problemas físicos, sociais e ocupacionais relacionados à dependência química sejam ainda mais significativos nesta população. Grave também é o fato de que homossexuais procuram tratamento para estes problemas em números menores do que heterossexuais (Straub, citado por Burtle, 1979; Sandmaier, 1980), muito provavelmente por medo de sofrer preconceito.

Não obstante os autores acima sugerirem que gays e lésbicas têm maiores chances de desenvolverem problemas ligados ao abuso de álcool e drogas, devemos frisar que não se deve assumir, naturalmente, que exista uma relação causal direta entre dependência química e orientação sexual. Pode haver uma *correlação* entre estes dois fenômenos, tal como veremos a seguir, mas isto não é invariavelmente verdadeiro para todos os casos. Não são poucas as situações em que o abuso de substâncias químicas em nada está ligado ao fato do indivíduo ser hetero ou homossexual.

Diversos autores têm postulado explicações para a elevada incidência de dependência química entre a população homossexual, a grande maioria centrando-se em duas alternativas. A primeira tem a ver com o preconceito, tanto institucionalizado quanto internalizado, experienciado diariamente por gays e lésbicas. De acordo com Finnegan e McNally (1995), por exemplo, muitos indivíduos tomariam drogas ou álcool como uma forma de facilitar interações sociais e sexuais, reduzir a ansiedade, lidar com o preconceito, aliviar o sofrimento derivado da dúvida entre assumir-se ou não, e minimizar a sensação de isolamento de ser homossexual em uma sociedade altamente preconceituosa. Kowszun e Malley (1996) concordam com este raciocínio, acrescentando ainda que, devido ao preconceito, é freqüente que homossexuais experienciem suas primeiras relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, situação que pode fazer com que o indivíduo associe os dois comportamentos, ou seja, a idéia de que “só posso ter relações com alguém do mesmo sexo se estiver alcoolizado ou

drogado”. Para Olson (2000), é muito provável que o álcool ou a droga atuem no sentido de diminuir a inibição, negação, ansiedade e inclusive o medo da relação sexual homossexual. Em outras palavras, substâncias químicas podem ajudar gays com preconceito internalizado a terem relações homossexuais sem se sentirem culpados após o ato; podem reduzir sua ansiedade antes, durante e depois do sexo; e, podem, igualmente, minimizar o estigma experienciado por estes indivíduos caso eles venham a ser descobertos. Neste sentido, McKirnan e Peterson (1988) sugerem que as expectativas de “redução de tensão” proporcionadas por álcool e drogas tendem a estar correlacionadas com dependência química em homossexuais que relataram altos índices de discriminação.

Podemos sugerir, seguindo os passos de Kominars (1995), que raiva, medo, culpa e isolamento são quatro dos maiores obstáculos para a recuperação de dependentes químicos, sejam estes gays ou heterossexuais, mas, no caso dos homossexuais, o preconceito internalizado potencializa estes sentimentos, deixando o indivíduo ainda mais vulnerável. Para Cabaj (2000), a dependência química e o preconceito internalizado apresentam uma série de semelhanças: negação, medo, ansiedade, paranóia, raiva, culpa, depressão, desamparo, vida-dupla, passividade, sensação de ser uma vítima, inferioridade, baixa auto-estima⁷⁵, isolamento, alienação, solidão, fragmentação e confusão. Estas características fazem com que o uso de substâncias entorpecentes reforce o preconceito internalizado e vice-versa, criando um círculo vicioso do qual torna-se extremamente difícil de escapar. Para alguns indivíduos, por exemplo, a dependência química passaria a ser explicada como uma característica “natural” da “doença” da homossexualidade (Shernoff & Finnegan, 1991). Deste modo, se a auto-aceitação não for alcançada, os efeitos do preconceito internalizado poderão colocar o processo de recuperação em xeque, deixando o indivíduo em um risco constante de sofrer recaídas (Finnegan & McNally, 2002). Outros autores (Anderson, 1996; Kus, 1988; Kus & Smith, 1995; Neisen, 1993; Nicely, 2001; Schaefer e cols., 1987) concordam com este raciocínio, afirmando que o preconceito internalizado é uma característica extremamente freqüente entre homossexuais dependentes de álcool. Caso o indivíduo não consiga superar este preconceito e começar a ver sua homossexualidade como mais um aspecto da sua

⁷⁵ Lembremos que o álcool, assim como alguns tipos de drogas, podem causar depressão, o que tende a diminuir ainda mais a auto-estima do indivíduo.

identidade, a sobriedade a longo prazo será extremamente difícil de manter (Cabaj, 1996; Kus, 1988). Kus e Latcovich (1995) sugerem que, à medida que a sobriedade aumenta, o preconceito internalizado diminui, e que grupos de alcoólicos anônimos voltados para homossexuais podem ser bastante úteis neste sentido.

A dependência química entre homossexuais não só está correlacionada com preconceito internalizado como também parece afetar negativamente o desenvolvimento de uma identidade gay positiva. Pesquisas sobre este tema (Kus, 1987, 1988, 1990; McNally, 1989) indicam que o abuso de álcool ou drogas prejudica determinadas habilidades cognitivas e afetivas utilizadas em processos de desenvolvimento; isto é, o indivíduo não é capaz de trabalhar internamente idéias e emoções inerentes ao processo de aquisição de uma identidade sócio-sexual positiva. Como aponta Kus (1990): “... a auto-aceitação de uma identidade gay ou lésbica não ocorre até que a sobriedade é escolhida e vivida” (Kus, 1990: 41; tradução nossa). McNally e Finnegan (1992) mencionam, no entanto, que a medida em que a recuperação da dependência química é iniciada ela passa a auxiliar o processo de assunção da homossexualidade.

A segunda explicação dada para a maior incidência de dependência química nesta população se refere ao fato de que bares, boates e festas têm sido, tradicionalmente, os principais centros de socialização dentro da comunidade homossexual⁷⁶. Estes locais, com sua ênfase no consumo de bebidas alcoólicas e drogas, e sua aura de permissividade, muitas vezes representam as únicas alternativas para obter informações relevantes dentro da comunidade, fazer amigos e conhecer possíveis parceiros, sobretudo em cidades pequenas e ambientes rurais (Hicks, 2000; Kus & Smith, 1995; Schaefer e cols., 1987)⁷⁷. O uso (e abuso) de determinadas substâncias também é freqüentemente aceito como uma parte “normal” do “estilo de vida” e identidade gay (Finnegan & McNally, 1995), sobretudo em determinados eventos, tais como festas *rave*. Em outras

⁷⁶ Não é mera coincidência que as primeiras empresas a perceberem o potencial do mercado homossexual tenham sido as fabricantes de bebidas alcoólicas, que anunciam seus produtos maciçamente em revistas e eventos gays desde a década de 80 (Nunan, 2001).

⁷⁷ Apesar de não existirem pesquisas nacionais sobre dependência química entre homossexuais, acreditamos que no Brasil a importância de bares e boates como lugares privilegiados de socialização homossexual seja menor do que nos Estados Unidos e na Europa, pois em cidades como o Rio de Janeiro a população tem acesso a locais de interação social mais diversificados, tais como a praia, por exemplo.

palavras, pode ser que esta população tenha maior probabilidade de aceitar a experimentação de várias drogas como socialmente aceitável (Martell e cols., 2004).

Para concluir, gostaríamos de mencionar que o tratamento de homossexuais que sofrem de dependência química é um processo muito mais complexo do que tratar heterossexuais com o mesmo problema, pois preocupações ligadas à vergonha, estigma, preconceito e assunção da orientação sexual tendem a complicar sobremaneira o processo de recuperação (Pohl, 1995). Segundo Cabaj (2000), por exemplo, homossexuais dependentes químicos que sofreram algum tipo de agressão verbal ou física possuem maiores chances de apresentarem recaídas. Em um sentido semelhante, ressaltamos que a violência doméstica entre casais homossexuais (assunto que abordaremos em detalhe mais adiante) também está correlacionada com abuso de álcool e drogas (Schilit e cols., 1990), o que faz com que precisemos ficar atentos a esta possível combinação de fatores. Não devemos esquecer, por último, que homossexuais dependentes de substâncias químicas são duplamente estigmatizados, seja pela adicção, seja por sua orientação sexual (Finnegan & McNally, 1987; Ziegler, 2000).

7.2.4

Comportamento sexual de risco: *barebacking* e *bug chasing*

Além de problemas relacionados à saúde mental de um modo geral, transtornos alimentares e dependência química, comportamentos sexuais de risco também parecem estar correlacionados com preconceito internalizado em homossexuais masculinos. Determinadas práticas sexuais, sejam estas estimuladas pelo abuso de álcool e drogas (tal como veremos logo a seguir) ou por outros motivos (como é o caso do *Barebacking* e do *Bug Chasing*, analisados mais adiante), têm provocado um aumento nos casos de transmissão do vírus HIV entre homossexuais, nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália (Catania e cols., 1992; Ekstrand & Coates, 1990; Hays e cols., 1990; Kelly e cols., 1990, 1992; Koblin e cols., 2003; Parker, 2003; Stall e cols., 1992; Van de Ven e cols., 2000). No Brasil, dados do *Ministério da Saúde* revelam que a epidemia de AIDS está em um processo de estabilização, com os casos devido à transmissão homo/bissexual

mantendo-se em cerca de 26%⁷⁸, número ainda elevado, considerando-se que apenas 8% da população pode ser considerada homossexual.

Os dados sobre uso de preservativos entre *homens que fazem sexo com homens*⁷⁹, no entanto, são mais preocupantes. De acordo com o levantamento do *MONITORAIDS*⁸⁰, 59,8% destes indivíduos usaram preservativo na última relação sexual; 80,7% utilizaram na última relação sexual com um parceiro eventual; 44,4% usaram preservativo regularmente com qualquer parceiro; 39,6% o fizeram com parceiro fixo; e 66,9% adotaram este comportamento apenas com parceiros eventuais. Dados semelhantes foram encontrados por Carrara e Ramos (2005), que postulam que apenas 72,6% dos homossexuais, bissexuais e transgêneros entrevistados utilizavam preservativos em todas as relações sexuais, o que significa que quase 30% deste setor da população não usa preservativo ou não o faz de modo sistemático. Ainda de acordo com esta pesquisa, o uso de preservativo está hierarquizado segundo o caráter da relação sexual, isto é, na medida em que o relacionamento se torna mais estável ao longo do tempo a utilização de preservativo cai significativamente. Na pesquisa de Antunes (2005), por exemplo, 52% dos homossexuais pesquisados tiveram prática sexual de risco com parceiros fixos e 42% o fizeram com parceiros casuais. Informações colhidas pelo *Censo GLS* (2005) indicam, por sua vez, que apenas 50% dos homossexuais utilizam preservativo em todas as relações, 29% na maioria das relações e 8% o faz esporadicamente. Por último, segundo dados de uma pesquisa realizada em São Paulo (Silva e cols., 2004), 27,7% dos homossexuais entrevistados disseram ter feito sexo anal desprotegido com um parceiro fixo, ao passo que 18,1% dos sujeitos afirmaram ter tido comportamento semelhante com um parceiro ocasional. Em outras palavras, os dados acima nos levam a crer que um número elevado dos homossexuais masculinos não faz uso de preservativos em relações sexuais ou o faz apenas esporadicamente.

⁷⁸ *Boletim Epidemiológico de AIDS*. Site do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde. <<http://www.aids.gov.br>> Acesso em: 24 de junho de 2005.

⁷⁹ O termo *homens que fazem sexo com homens* (HSH) é um conceito epidemiológico criado para referir-se a indivíduos que adotam práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo biológico, mas que não se identificam como homossexuais. Apesar de acreditarmos que este conceito é útil para pesquisas em saúde pública, ele tem sido duramente criticado por setores do movimento homossexual que postulam que sua utilização reforça a invisibilidade dos gays. Mott (2003), por exemplo, sugere que ele seja substituído pela expressão *homens com práticas homossexuais*.

⁸⁰ *Indicador de Uso de Preservativo entre HSH*. Site do Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e AIDS – MONITORAIDS. <<http://157.86.8.37/>> Acesso em: 24 de junho de 2005.

Não obstante os dados do *Ministério da Saúde* brasileiro apontarem para uma estabilização da contaminação pelo HIV entre homossexuais, acreditamos, junto com outros autores (Buchalla, 2005; Martins, 2003), que este índice tenderá a aumentar no futuro, sobretudo devido à utilização reduzida de preservativos em todas as relações sexuais, assim como um aumento no número de práticas sexuais de risco, tal como veremos a seguir. Além do HIV, ressaltamos que outras doenças sexualmente transmissíveis possuem elevada incidência entre homossexuais, incluindo Hepatite (que pode evoluir para cirrose ou câncer), Sífilis (que tem registrado um aumento de casos nos últimos anos), HPV (que também causa câncer anal) e LGV (doença causada por uma bactéria do grupo da Clamídia que facilita a transmissão de Hepatite C e de HIV). Lembramos que, de um modo geral, qualquer doença sexualmente transmissível aumenta o risco de infecção pelo vírus HIV.

Como nos aponta Ritter (2001),⁸¹ jovens que não experienciaram a devastação causada pelos primeiros anos da epidemia (particularmente durante as décadas de 80 e início de 90) tendem a adotar comportamentos sexuais de risco, acreditando que mesmo que sejam infectados o coquetel de remédios anti-HIV, utilizados desde 1996, prolongarão indefinidamente suas vidas⁸². Para estes indivíduos, o HIV passou a ser encarado como uma doença crônica, com a qual é possível conviver sem maiores transtornos (Dean e cols., 2000; Dilley e cols., 1997; Kalichman e cols. 1998; Kelly e cols., 1998; Marinho, 2004; Silva e cols.,

⁸¹ RITTER, J. Ads linked to rise in rate of HIV infections. *The Gay Financial Network*, april 6, 2001. Disponível em: <<http://www.gfn.com>>. Acesso em: 12 de julho de 2000.

⁸² O coquetel de remédios anti-HIV consiste na associação de diversas drogas anti-retrovirais, cujo objetivo é impedir que o vírus se multiplique no organismo do indivíduo. Até o momento, existem quatro categorias distintas de anti-retrovirais e a quantidade de remédios que compõem o coquetel varia com cada caso, podendo chegar a 20 comprimidos por dia. Vale ressaltar que as orientações para tomar os remédios são bastante complicadas, visto que estes só parecem fazer efeito se tomados à risca. Esta característica dos anti-retrovirais coloca um peso muito grande na vida do indivíduo, que tem que adequar sua rotina em função da medicação. Infelizmente, existem indivíduos nos quais o coquetel não surte efeito, independente da combinação de remédios ou dose utilizada.

O tratamento com o coquetel anti-HIV pode falhar devido a uma série de razões, incluindo descontinuação da medicação fruto dos efeitos colaterais intoleráveis, baixa adesão ao esquema de tratamento ou por infecção por tipos diferentes de vírus resistentes ao tratamento convencional. De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos, o tratamento falha entre 15-25% em populações clinicamente controladas (Gulick e cols., 1997), mas pode chegar a 60% em amostras retiradas da população mais ampla (Fatkenheuer e cols., 1997). De acordo com Voelkner (2000), aproximadamente 80% dos indivíduos apresentam resistência a pelo menos um tipo de anti-retroviral. Vale ressaltar, também, que ainda não se conhece o efeito a longo prazo destas medicações, assim como por quanto tempo elas serão capazes de conter a multiplicação do vírus (Vanable e cols., 2000).

2004; Venable e cols. 2000). Estes dados são corroborados por Mansergh e cols. (2000), que sugerem que ter uma relação emocional próxima com uma pessoa HIV-positivo faz com que o indivíduo adote um número menor de comportamentos sexuais de risco, visto que este passa a experimentar, mesmo que indiretamente, as conseqüências de ser portador do vírus da AIDS. De acordo com Kalichman e cols. (1998), alguns indivíduos acreditam, equivocadamente, que homossexuais HIV-positivo que estão tomando o coquetel de remédios e possuem cargas virais muito baixas ou não-detectáveis são menos propensos a transmitir o vírus e se tornam, portanto, mais seguros como parceiros sexuais. Da mesma forma, imagens cadavéricas de indivíduos morrendo de AIDS não são mais veiculadas, enquanto que os anúncios dos coquetéis de remédios apresentam fotografias de homens belos, atléticos e saudáveis inseridos em paisagens paradisíacas, ignorando os severos efeitos colaterais⁸³ provocados por estas medicações.

Em outras palavras, podemos dizer que na última década o medo provocado pela AIDS diminuiu consideravelmente, o que fez com que muitos indivíduos se preocupassem cada vez menos com a prevenção da doença. Scarce (1999) aponta ainda para outros motivos igualmente relevantes, tais como a falta de uma discussão verdadeiramente aberta sobre desejo, a dessensibilização provocada por décadas de campanhas a favor do uso de preservativos, e a resistência em adotar estratégias de redução de danos (nas quais as pessoas possam realizar escolhas informadas sobre o nível de risco ao qual querem se expor). Em suma, uma série de fatores distintos parecem ter contribuído para uma explosão de casos de HIV entre homossexuais jovens vivendo em grandes centros urbanos (Finnegan & McNally, 2002).

Outro fator apontado com freqüência para explicar o aumento no número de homossexuais contaminados pelo HIV é o elevado índice de dependência química nesta população, tal como discutimos anteriormente. De acordo com Bissell (1995), indivíduos sob o efeito de álcool ou drogas são incapazes de

⁸³Dentre os diversos efeitos colaterais causados pelo coquetel de remédios anti-retrovirais citamos: lipodistrofia (ou depósitos de gordura em determinadas partes do corpo, podendo causar desfiguramentos corporais tais como corcundas, por exemplo); alterações do estômago e do intestino (náuseas, vômitos, diarreias, dor abdominal, aftas bucais); *rash* cutâneo (aparecimento de manchas avermelhadas pelo corpo); febre; colesterol elevado; problemas no pâncreas; inflamação nervosa (que aparece como dormência nas mãos, pés e ao redor da boca); anemia e alterações de humor e sono.

juízos racionais e de preocupar-se com a utilização de seringas estéreis (no caso de drogas injetáveis) ou preservativos, caso mantenham relações sexuais. Este fenômeno parece ocorrer mesmo entre pessoas que estão amplamente cientes dos riscos envolvidos nestes tipos de comportamento. Esta idéia é corroborada por diversos autores (Coates & Stall, 1988; Ekstrand & Coates, 1990; Gordon e cols., 1997; Koblin e cols., 2003; Kus & Smith, 1995; Mulry e cols., 1994; Seage e cols., 1992; Stall & Ostrow, 1989; Stall e cols., 1986, 1999), que apontam para o fato de que indivíduos que usam álcool ou drogas não praticam sexo seguro, a despeito de conhecimento prévio de técnicas de prevenção.

Álcool e drogas podem desinibir a atividade sexual (servindo como um “afrodisíaco”, por exemplo), atuando em mecanismos do sistema nervoso central que aumentam a excitação (Crowe & George, 1989), diminuindo a ansiedade (Levenson e cols., 1980), ou exacerbando a percepção de sensação imediata, ao mesmo tempo em que reduzem a habilidade de processar informação abstrata, incluindo normas de comportamento sexual seguro (Steele & Josephs, 1990). Drogas tais como cocaína e crack também induziriam o sujeito a adotar comportamentos sexuais de risco devido ao aumento de libido e desinibição decorrentes da estimulação dopaminérgica (Chaisson e cols., 1991; Fullilove e cols., 1990). Vale mencionar aqui a teoria do modelo de interação biológica, que postula que durante o sexo anal determinadas drogas (particularmente cocaína, crack e maconha) relaxam o esfíncter anal causando vasodilatação, irritação ou ressecamento de membranas mucosas, facilitando o trauma retal, o que por sua vez aumentaria o número de caminhos físicos para a infecção pelo vírus do HIV. Do mesmo modo, os efeitos imunossupressivos do álcool e de outras drogas de um modo geral, podem tornar o organismo ainda mais suscetível à contaminação (Dean e cols., 2000; Ostrow & Shelby, 2000).

De acordo com McKirnan e cols. (1996), é possível, também, que um mecanismo de aprendizagem simples contribua para os efeitos de substâncias químicas nos comportamentos sexuais de risco. Tal como visto anteriormente, bares e boates são importantes locais de socialização para muitos homossexuais, o que, ao longo do tempo, pode vir a criar uma forte associação positiva entre sexo e uso de substâncias (Caudill & Marlatt, 1975; Crowe & George, 1989). Por outro lado, estes mesmos autores (McKirnan e cols., 1996; Ostrow & McKirnan, 1997; Ostrow & Shelby, 2000) têm postulado a idéia de que determinados indivíduos,

querendo adotar comportamentos sexuais de risco, mas não tendo coragem suficiente para tomar esta decisão, usam drogas e álcool como uma “desculpa”, uma estratégia cognitiva para escapar de suas inibições e medos. Independente da teoria explicativa adotada, pode-se dizer, com um razoável grau de certeza, que, sobretudo no caso da população homossexual masculina, drogas, álcool e HIV andam de mãos dadas (Chesney e cols., 1998; Hicks, 2000; Kalichman e cols., 1997; Ostrow, 2000; Pohl, 1995; Ross e cols., 2001; Ryan e cols., 1999; Venable e cols., 2000).

Ainda no que se refere à correlação entre dependência química e HIV, não podemos deixar de mencionar a explosão, nos últimos dez anos, do uso da droga metanfetamina (também conhecida como “crystal”) entre determinados subgrupos da comunidade homossexual masculina (Gorman e cols., 1995). Nos Estados Unidos a gravidade do problema fez com que cidades como Los Angeles, Nova Iorque e São Francisco elaborassem campanhas de saúde pública voltadas exclusivamente para homossexuais que consomem metanfetamina. No Brasil, o ecstasy ainda parece ser a droga mais consumida pela população homossexual, mas, de acordo com algumas matérias jornalísticas (Buchalla, 2005), as anfetaminas vêm ganhando cada vez mais espaço.

A metanfetamina pode ser administrada de diversas formas, incluindo inalação oral (fumada), insuflação nasal (cheirada), absorção pela mucosa retal e de modo intravenoso (injetada), sendo este último método o mais utilizado por homossexuais (Morgan e cols., 1993). Visto que os efeitos desta droga incluem desinibição e estimulação sexual, seu uso constante coloca os homossexuais em um risco elevadíssimo para infecção pelo HIV e por outras doenças sexualmente transmissíveis (Gorman e cols., 1995). As anfetaminas, em geral, assim como a cocaína, tendem a ser consumidas por um pequeno subgrupo de indivíduos dentro da comunidade homossexual que praticam sexo anônimo ou com muitos parceiros. Isto se deve ao fato de que, tal como mencionado acima, estas drogas são grandes estimuladores da intensidade e atividade sexual, aumentando e prolongando a potência sexual. Não obstante estas características, um dos efeitos colaterais das anfetaminas é uma impotência transitória, o que, por sua vez, faz com que o usuário combine o uso da droga com o de medicamentos tais como o *Viagra*, gerando muitas vezes um coquetel potencialmente danoso de substâncias (Guss, 2000). Vale ressaltar que o *Viagra* também pode ser misturado com

ecstasy, caso no qual a substância (vendida pronta em formato de pílula) é chamada de “sextasy”, podendo provocar, por exemplo, ataques cardíacos fulminantes ou danos permanentes ao pênis. Visto que, após o consumo destas substâncias, o desejo sexual é prolongado por até quatorze horas, muitos destes indivíduos passam a fazer sexo anal receptivo, algumas vezes com muitos parceiros, o que aumenta significativamente o risco de infecção por HIV se medidas profiláticas não forem adotadas (Cabaj, 2000). O *Viagra* também aumenta o risco de transmissão de doenças sexuais porque a medicação pode prolongar a intimidade e aumentar o tamanho de uma ereção, o que, por sua vez, potencializa a fricção e o risco de fissuras anais. A relação entre o uso das drogas acima e o vírus HIV também pode ser evidenciada pelo fato de que muitos indivíduos interrompem a medicação anti-HIV no final de semana (período durante o qual o ecstasy e as metanfetaminas são mais consumidos) com o intuito de evitar os efeitos da combinação dos remédios com as drogas, o que acaba causando resistência aos medicamentos, gerando tipos de vírus cada vez mais perigosos.

Além dos comportamentos de risco relacionados ao uso de substâncias químicas, determinadas práticas sexuais que ganharam adeptos nos últimos dez anos têm tido um impacto significativo na transmissão do vírus HIV entre homossexuais masculinos. Dentre estas práticas citamos o *barebacking*, o *bug chasing* e o *dogging*. Deste modo, analisaremos, em primeiro lugar, o *barebacking*, para, posteriormente, entrar em detalhes sobre o que ficou conhecido como *bug chasing*. O *dogging*, que parece ter muitos adeptos na Inglaterra e em algumas metrópoles norte-americanas, não tem sido largamente estudado, o que faz com que nos limitemos apenas a dizer que esta é uma prática que envolve sexo exibicionista (muitas vezes sem proteção e com estranhos) em locais públicos ou semidesertos (tais como parques e estacionamentos). Assim como o *barebacking* e o *bug chasing*, o *dogging* se tornou popular através da internet, mas, ao contrário destes, ele também é largamente praticado por casais heterossexuais (Piemonte & Freitas, 2006)⁸⁴. Os locais escolhidos para os eventos de *dogging* são freqüentemente divulgados em sites ou por mensagens de texto enviadas por

⁸⁴ Ainda de acordo com Piemonte e Freitas (2006) o *flashing*, comportamento que envolve fazer sexo em frente à câmeras de monitoramento da cidade, também tem se tornado popular na Inglaterra entre casais heterossexuais. No entanto, não fomos capazes de encontrar estudos que relatem a prevalência desta prática entre homossexuais.

celular, e os interessados podem simplesmente assistir (na posição de voyeuristas) ou serem convidados a participar (como exibicionistas).

O *barebacking* (também chamado de “sexo cru” ou “pele-com-pele”) é uma prática sexual na qual o indivíduo se expõe premeditada e voluntariamente a relacionamentos sexuais de alto risco (isto é, pratica sexo anal sem uso de preservativo e com parceiros múltiplos e/ou desconhecidos), unindo prazer sexual à uma sensação de “liberdade”, que pode ou não incluir a contaminação pelo vírus HIV. A palavra *bareback* pode ser traduzida por “traseiro careca” ou “cavalgada sem sela”, sendo que este último termo parece ter sido tomado emprestado do hipismo, onde ele é aplicado a cavalos. Não obstante o sexo anal sem proteção ter sido uma prática sexual relativamente comum na comunidade gay até a década de 80, o surgimento da AIDS fez com que estes tipos de comportamentos tivessem que ser rapidamente modificados com o intuito de evitar que a epidemia se alastrasse ainda mais. O *barebacking*, no entanto, foi resgatado a partir dos anos 90 por um subgrupo da comunidade homossexual que alega que a prática de sexo sem proteção é um direito de escolha na busca por prazer e intimidade e uma volta à liberdade sexual característica da década de 70. De acordo com Martins (2003), um dos aspectos centrais da definição do *barebacking* é a intencionalidade: o indivíduo consciente e racionalmente procura sexo anal sem proteção, o que distingue este comportamento de descuido, falta de planejamento ou decisões espontâneas no que se refere ao uso de preservativos. Outro aspecto crucial para a definição é que o parceiro sexual é freqüentemente “avulso”, ou seja, o comportamento não se insere em um contexto de sexo seguro negociado entre o indivíduo e seu companheiro estável. Vale ressaltar que este subgrupo da comunidade homossexual se encontra amplamente ciente das formas de contágio e prevenção do HIV, o que torna o *barebacking* uma escolha consciente (Santos, 2003).

Esta prática parece ter se disseminado a partir da internet, onde atualmente existem diversos sites e grupos dedicados ao *barebacking*, cujo número vem crescendo rapidamente a cada ano (Halkitis e cols., 2003). Para estes indivíduos, a internet (uma maneira rápida, fácil e anônima de encontrar novos parceiros)

desempenha o papel das saunas gays e quartos escuros⁸⁵ do início da década de 80, quando a AIDS começou a se disseminar entre os homossexuais masculinos. Vale frisar, no entanto, que apesar da internet facilitar estes tipos de encontros ela, em si mesma, não os estimula, o que fica evidenciado pelo fato de que bares, boates e saunas ainda são considerados locais importantes para encontrar eventuais parceiros sexuais. De acordo com Suarez e Miller (2001), também não se sabe ao certo se indivíduos que se identificam como *barebackers* não adotam práticas de sexo seguro de um modo geral ou se aderiram ao *barebacking* recentemente. Identificar o motivo deste comportamento nos parece crucial para elaborar estratégias de prevenção de HIV mais eficazes.

O *barebacking* é mais frequentemente praticado em festas fechadas (geralmente na residência de um dos participantes), durante finais de semana (pois os eventos podem durar de algumas horas chegando até dois dias), e com o número de participantes (em torno de dez pessoas) variando de acordo com o tamanho do local. Diversas preferências sexuais podem fazer parte do encontro, incluindo sexo oral com ingestão de sêmen, sadomasoquismo, dupla penetração, *fist fucking* (penetração anal pelo punho do parceiro) e coprofilia, por exemplo. Em muitas destas festas álcool e drogas são amplamente consumidos, assim como medicações tais como o *Viagra*, com o objetivo de prolongar as ereções. Mencionamos que apesar do *barebacking* ser geralmente praticado em festas isto não quer dizer que ele não faça parte do comportamento sexual diário de muitos indivíduos.

De acordo com uma pesquisa realizada por Mansergh e cols. (2002), 14% dos homossexuais entrevistados haviam praticado *barebacking* nos últimos dois anos, sendo que a maioria destes indivíduos era HIV-positivo. Vale ressaltar que apesar da maior parte dos indivíduos optar por fazer sexo com pessoas de status sorológico idêntico (isto é, sujeitos HIV-positivo só se relacionavam com outros HIV-positivo, e HIV-negativos só faziam sexo com outros HIV-negativos)⁸⁶, muitos mantinham relações sexuais com indivíduos de status sorológico discordante ou dos quais não tinham informação. Estes dados são similares aos

⁸⁵ Quartos escuros (chamados em inglês de *darkrooms*) são salas escuras, frequentemente localizadas em boates, que se destinam única e exclusivamente à prática de sexo casual e anônimo.

⁸⁶ Esta prática é chamada de *soro-seleção*, e envolve homens que escolhem parceiros sexuais baseados no status sorológico comum deles, isto é, na presença ou ausência de anticorpos no sangue a um agente infeccioso particular (no caso, o vírus do HIV).

encontrados por outros autores (Ekstrand e cols., 1999; Halkitis & Parsons, 2003), que indicam que aproximadamente metade dos indivíduos que praticam sexo de risco o fazem com parceiros de status sorológico distinto ou desconhecido.

Escolher parceiros sexuais com base em informações sobre o status sorológico destes é arriscado, no sentido de que o indivíduo pode mentir ou simplesmente não saber que está contaminado (Cochran & Mays, 1990; Hays e cols., 1997; Rowatt e cols., 1999). Outros sujeitos fundamentam suas decisões sobre o status sorológico do parceiro com base em dados “intuitivos”, tais como aparência, idade, personalidade, comportamento, *setting* e discussão ou não sobre o uso de preservativo (Adam e cols., 2000; Santos, 2003; Suarez & Miller, 2001), informações estas claramente incapazes de predizer se um indivíduo é ou não HIV-positivo. Apontamos também para o fato de que de acordo com a pesquisa de Mansergh e cols. (2002), citada acima, mais da metade dos sujeitos que haviam praticado *barebacking* estavam sob o efeito de álcool ou drogas (particularmente metanfetamina) na ocasião. O estudo de Halkitis e cols. (2003) encontrou dados semelhantes, isto é, os indivíduos se relacionavam com sujeitos com o mesmo status sorológico que eles, mas homossexuais HIV-positivo relataram uma porcentagem maior de episódios de *barebacking*, assim como um número mais elevado de parceiros sexuais. De acordo com nossa análise, estes dados podem ser explicados de diversas formas: pode ser que o indivíduo tenha contraído HIV devido a um número maior de contatos sexuais de risco; aqueles que já são HIV-positivo podem achar que não têm nada a perder praticando *barebacking*; ou é possível que homens HIV-negativo e positivo tenham índices idênticos de *barebacking*, mas aqueles que são HIV-negativo têm vergonha de admitir que adotam este comportamento sexual.

Praticantes do *barebacking* justificam este comportamento alegando que preservativos devem ser uma escolha, e, conseqüentemente, uma responsabilidade, mas nunca uma imposição social. Para estes indivíduos, o sexo sem restrições é excitante, permitindo que o sujeito alcance uma grande “estimulação” ou “satisfação” física, assim como uma maior “conexão espiritual” com o parceiro (Jesus, 2002; Mansergh e cols., 2002). Neste sentido, pode-se pensar que o preservativo (uma barreira física) representa uma barreira emocional para muitos indivíduos. Gus (2000) sugere, igualmente, que a qualidade “pervertida” deste tipo de comportamento possa contribuir para a excitação, na

medida em que a procura por um “sexo puro” oferece uma emoção transgressora, isto é, a idéia de que “é divertido ser mau”. Deste modo, podemos compreender este sistema de valores quase como uma ideologia, uma rebelião contra a “ditadura” do sexo seguro, contra a “tirania das camisinhas” e a favor da “liberdade do desejo” (Ostrow & Shelby, 2000). Vale ressaltar que muitos dos indivíduos que adotam esta prática se auto-intitulam *barebackers*, isto é, adotam uma identidade específica, lutando, igualmente, pelo direito de terem relações sexuais da forma como quiserem. Lembramos, também, que a grande maioria dos *barebackers* possui preconceito contra homossexuais efeminados, adotando o raciocínio de que “sexo sem camisinha é coisa de macho porque requer coragem”. Este pensamento foi corroborado pelos achados de Halkitis e Parsons (2003), que observaram uma correlação entre *barebacking* e a idéia de sexo como uma definição de masculinidade.

Nos Estados Unidos e na Europa o fenômeno do *barebacking* tem atraído a atenção da mídia e de pesquisadores, gerando, simultaneamente, uma enorme controvérsia dentro da comunidade homossexual que, se por um lado critica este comportamento, também o *glamouriza* em capas de revistas (Gendin, 1999). No Brasil, onde o *barebacking* começou a se propagar a partir de 2002, apenas Martins (2003) e Santos (2003) têm pesquisado o assunto. Dentro da comunidade homossexual brasileira, esta prática, considerada tabu, tem sido duramente criticada por alguns líderes do movimento gay, tais como Beto de Jesus (2002) e Luiz Mott (comunicação pessoal, 2005), mas sua gravidade permanece largamente subestimada pela maioria da população. De acordo com Jesus (2002), por exemplo, muitos especialistas na área de saúde acreditam que alertar a população sobre o *barebacking* ajudaria a divulgar este tipo de prática, ao passo que grupos religiosos conservadores a utilizam como um argumento a favor da idéia de que os homossexuais continuam sendo um grupo de risco. Apesar das pesquisas com relação a este tema ainda serem relativamente escassas, os autores que se dedicam ao assunto apontam motivações psicossociais semelhantes para explicar porque determinados indivíduos se expõem, voluntariamente, a relações sexuais de alto risco.

Em primeiro lugar, autores como Friedman e Downey (1994) postulam que o preconceito internalizado possui influência crucial no que se refere à prática do *barebacking*, seja porque o indivíduo está deprimido ou tem baixa auto-estima

(isto é, não acredita que sua saúde seja merecedora de cuidados), seja como um comportamento suicida ou de auto-punição (visto que o indivíduo se considera uma pessoa “doente”, “ruim” ou “defeituosa”, cuja única saída é contaminar-se com HIV e morrer). Estes dados são corroborados por Adam e cols. (2000), que postulam que estados de humor e auto-imagens negativas estão associadas com comportamentos sexuais de risco. Outros autores (Hospers e cols., 1994), encontraram, igualmente, associações entre depressão e comportamentos sexuais de risco. Odets (1995), por sua vez, relata uma correlação entre práticas sexuais de risco e um desejo consciente ou inconsciente de auto-destruição. Crises ligadas à assunção da homossexualidade, particularmente entre indivíduos previamente casados com mulheres ou sujeitos profundamente religiosos, também tendem a se correlacionarem com práticas sexuais de risco. A pesquisa de Adam e cols. (2000), citada acima, encontrou um dado semelhante: homossexuais que foram criados com valores religiosos conservadores eram os que mais relatavam práticas sexuais de risco e idéias auto-destrutivas.

Tendo “caído em tentação” através da expressão do seu desejo homossexual, eles se encontravam presos no discurso da “AIDS como um castigo” propagado pelas Igrejas conservadoras o que, ironicamente, pode acabar se transformando em uma profecia auto-realizadora, no sentido de aumentar o risco de exposição ao HIV através do sexo pouco seguro. (Adam e cols., 2000: 30; tradução nossa)

Neste sentido, podemos dizer que sexo seguro torna-se irrelevante quando existe perspectiva de retribuição divina. De acordo com Adam e Sears (1996), em alguns casos, indivíduos HIV-positivo imersos em tradições religiosas conservadoras continuariam lutando contra esta lógica da punição anos após o diagnóstico. O estudo de Nicholson e Long (1990), por sua vez, postula que homossexuais HIV-positivo que sofrem de preconceito internalizado tendem a se culpar pela doença. Jovens homossexuais com preconceito internalizado também podem se sentir pessimistas com relação à idéia de envelhecer como um homem gay, e podem acabar achando que contrair HIV é uma forma aceitável de escapar de um futuro encarado por eles como sombrio (Suarez & Miller, 2001). Sujeitos que acabaram de receber o diagnóstico de HIV-positivo também podem achar que não têm nada a perder, raciocínio semelhante ao adotado por indivíduos que acreditavam que iam morrer mas que se mantiveram vivos graças aos coquetéis de

remédios. Um dos entrevistados de Martins (2003) também sugere uma explicação bastante interessante para este fenômeno: visto que os homossexuais ainda são encarados com um grupo de risco pela sociedade mais ampla, o comportamento sexual sem repressões (isto é, sem preservativos) dos *barebackers* seria uma tentativa de assemelhar-se aos heterossexuais, que, de acordo com este raciocínio, são capazes de vivenciar uma sexualidade livre do fantasma da AIDS. O que estes sujeitos esquecem, no entanto, é que não existem mais “grupos de risco”, e sim “comportamentos de risco”.

Não obstante alguns *barebackers* compartilhem a valorização do HIV como algo que lhes confere erotismo e um status social mais elevado dentro da comunidade gay, esta prática sexual deve ser diferenciada do *bug chasing*, na qual o indivíduo tenta, voluntariamente, contrair o vírus do HIV através de relações sexuais desprotegidas com sujeitos HIV-positivo. Aparentemente, não há muita divergência quanto ao fato do *barebacking* ser imprudente, mas isto não quer dizer, necessariamente, que seus praticantes busquem uma doença sexualmente transmissível mais do que qualquer heterossexual que pratique sexo sem preservativo. Na maioria das vezes, no entanto, *barebacking* e *bug chasing* são comportamentos intimamente ligados entre si, posto que praticar sexo anal conscientemente sem o uso de preservativos coloca o sujeito em grande risco de contrair o vírus do HIV.

O *bug chasing*, expressão que pode ser traduzida como “caçando o vírus”, é uma prática que ganhou força no início da década de 90, aproximadamente na mesma época que o *barebacking*, sendo divulgada primariamente através da internet. De acordo com Gauthier e Forsyth (1999), o *bug chasing* provavelmente existe desde o começo da epidemia de AIDS, mas se tornou mais freqüente com o advento da internet, que facilitou o encontro de parceiros sexuais. Inicialmente considerado uma “lenda urbana”, o *bug chasing* ganhou notoriedade internacional com um documentário de 2002 intitulado *The Gift*, da diretora norte-americana Louise Hogarth. Apesar deste comportamento ser considerado chocante tanto pela comunidade homossexual como pela sociedade mais ampla (Gauthier & Forsyth, 1999), pesquisas científicas sobre o assunto são praticamente inexistentes, sobretudo devido à dificuldade de encontrar indivíduos que admitam abertamente que estão tentando se contaminar com HIV (Barker, 2002).

Para compreendermos o *bug chasing* devemos, em primeiro lugar, estar familiarizados com a linguagem própria utilizada por estes indivíduos. Assim, dentre os termos mais comuns citamos: *bug chaser* (ou “caçador de vírus”, sujeito HIV-negativo que quer se tornar HIV-positivo); *the gift* (“o presente”, isto é, o vírus HIV); *gift giver* (“doador do presente”, ou seja, indivíduos HIV-positivo que buscam contaminar outras pessoas); *russian roulette parties* (“festas de roleta russa”, onde existem pessoas HIV-positivo e HIV-negativo); *bug brother* (que pode ser traduzido como “irmão de vírus”, isto é, grupo de pessoas HIV-positivo); *charged cum* ou *poz cum* (“ejaculação carregada” ou “positiva”, em outras palavras é o sêmen com HIV); *fuck of death* (ou “foda da morte”, termo que se refere ao sexo durante o qual o vírus HIV é transmitido) e *conversion parties* (ou “festas de conversão”, onde o indivíduo HIV-negativo se torna HIV-positivo). Acrescentamos que nestas festas os *bug chasers* são convertidos em *gift givers*, situação que lhes confere um status maior no grupo e que, portanto, é celebrada por amigos freqüentemente convidados a participarem do acontecimento. Para todos estes indivíduos, o sêmen contaminado com o vírus do HIV possui um forte apelo erótico (Scarce, 1999). Vale lembrar que, assim como acontece com o *barebacking*, a prática do *bug chasing* não se limita a festas esporádicas, podendo ocorrer, por exemplo, entre apenas dois indivíduos.

No começo dos anos 80, na comunidade gay, circulou brevemente a proposta de tatuar os soropositivos, de forma que seus parceiros fossem imediatamente informados e tomassem as precauções necessárias. A idéia foi recusada como forma abjeta de discriminação. A ironia é que, hoje, a tatuagem volta, mas não como marca de exclusão. Ao contrário, o símbolo convencional que designa o perigo biológico de contaminação é tatuado por sujeitos soropositivos perto do púbis como um incentivo sexual. Pela mesma razão, alguns escrevem no bíceps “HIV-poz”. Outros escrevem “HIV-neg” e saem à caça do vírus para poder, enfim, barrar o “neg”. (Calligaris, 2003: sem número de página)

Diversos fatores têm sido citados como explicações para o comportamento do *bug chasing*, dentre os quais destacamos o preconceito, tanto internalizado quanto institucionalizado, idéia com a qual a maioria dos autores parece concordar (Barker, 2002). Parker (2003), por exemplo, sugere que alguns homossexuais jovens tentariam contrair o HIV como uma forma de expressão de identidade, isto é, receber um diagnóstico de soropositividade seria um sinal de reconhecimento de que se é verdadeiramente gay. Neste sentido, o HIV é visto como um prêmio

que permite ao indivíduo pertencer tanto à comunidade gay mais ampla quanto àquela formada pelos soropositivos, que passaram a ser reverenciados pela subcultura homossexual como “soldados em uma guerra santa”. Em outras palavras, a identidade do indivíduo HIV-positivo teria sido desestigmatizada, passando de desviante para carismática (Gauthier & Forsyth, 1999). Para indivíduos que se sentem extremamente solitários (devido à morte de companheiros e amigos) e marginalizados (das rígidas normas estéticas prevalentes na subcultura homossexual), esta nova identidade “positiva” (em ambos sentidos) pode se tornar extremamente sedutora. Para alguns sujeitos, por exemplo, a AIDS, assim como outras doenças mortais, pode trazer significado para a vida, transformação esta que, provavelmente, não seria possível em outras situações.

Outra explicação apontada por Gauthier e Forsyth (1999) é a idéia de que indivíduos que sobreviveram aos primeiros anos da epidemia se sentem culpados de continuarem vivos enquanto muitos de seus companheiros e amigos morreram. É possível que os *bug chasers* estejam mais dispostos do que outros sujeitos a expiar esta culpa de terem sobrevivido por tantos anos ativamente “caçando o vírus”. Em um sentido semelhante, encontramos homossexuais que acreditam que estão fadados a desenvolverem AIDS (Finnegan & McNally, 2002), o que os leva a tomar o controle da situação adotando o seguinte raciocínio: “vou pegar de uma vez e acabar com essa ansiedade”. Nestes casos, o resultado de HIV-positivo é encarado pelo indivíduo como um alívio (Gendin, 1999).

Muitos homens gays têm visto amigos e companheiros morrer e podem sentir que o HIV é uma inevitabilidade que eles estão cansados de esperar. Para homens HIV-negativo que estão vivendo em uma comunidade de homens HIV-positivo, ou para aqueles em relacionamentos sorodiscordantes (um parceiro é positivo, o outro negativo), o HIV pode ser um equalizador. Ele pode ser um meio de aceitação e status, uma forma de compreender profundamente as experiências de tantos outros homens gays e uma entrada em grupos de apoio mútuo, retiros e diversos serviços de saúde alternativos. Muitos de nós sabemos o que significa sentir-se socialmente isolado e rejeitado. (Barker, 2002: 7; tradução nossa)

No caso de casais sorodiscordantes, por exemplo, o parceiro que é HIV-negativo busca contrair voluntariamente o vírus do HIV com o objetivo de eliminar o uso de preservativos da relação sexual (o que, como vimos acima, proporcionaria maior “intimidade”), assim como de experienciar, junto com seu

parceiro, problemas decorrentes da soropositividade, da AIDS e da proximidade da morte, igualando o status de ambos sujeitos no relacionamento. De acordo com Scarce (1999), muitos praticantes de bug chasing acreditam que quando são contaminados pelo parceiro uma ligação espiritual eterna é estabelecida entre ambos, conexão esta que dura a vida toda. Com frequência estes indivíduos utilizam o conhecimento científico de como o vírus HIV se propaga no organismo humano para romancear o processo de contaminação. Visto que o vírus invade a célula hospedeira, incorporando-se a ela, tecnicamente poderia-se dizer que o DNA de um organismo é combinado com o de outro para criar uma forma nova de vida. Assim, estes indivíduos equiparam o bug chasing com “reprodução” e a infecção como “fertilização”. Alguns homossexuais HIV-negativo tentam conscientemente escolher o indivíduo que irá ser o “pai” de sua infecção. Interessante ressaltar que, segundo Koblin e cols. (2003), aproximadamente 37% dos homossexuais cujos parceiros são HIV-positivo praticam sexo sem proteção. Estes dados não indicam, necessariamente, que estes sujeitos sejam *bug chasers*, mas ressaltam a elevada incidência de relações sexuais desprotegidas entre casais sorodiscordantes.

Cabaj (2000), que entrevistou homossexuais moradores de rua, concorda com Barker (2002) no sentido de que muitos destes indivíduos (particularmente os adolescentes), tentariam se contaminar voluntariamente com o vírus do HIV para poderem obter determinados benefícios médicos e sociais. Jesus (2002), por sua vez, sugere que a soropositividade é entendida como uma liberação do sexo seguro, que possibilitaria um retorno à sexualidade sem limites experienciada na década de 70.

Percebe-se que aqui não existem informações sobre aderência ao tratamento e aos efeitos colaterais provenientes do mesmo. (...) Ou mesmo, não se fala em re-infecção, em aumento de carga viral, no desencadeamento da queda de imunidade e novos sintomas, além da possibilidade de um tipo diferente de vírus que não responde à terapia anti-retroviral em uso, além de todas as outras DSTs nem sempre isentas de riscos graves para seus portadores. (Jesus, 2002: 3)

Não podemos esquecer ainda de mencionar aqueles indivíduos que praticam o *barebacking* e o *bug chasing* por mera diversão, isto é, como comportamentos sexuais “radicais” que proporcionam uma alta dose de adrenalina, tal como acontece quando se brinca de roleta russa, por exemplo. De

acordo com Gauthier e Forsyth (1999), estes indivíduos acreditam que a satisfação sexual é aumentada em comportamentos sexuais de altíssimo risco, onde eles “flertariam com a morte”. E, tal como acontece com os *barebackers*, muitos *bug chasers* adotam uma identidade específica. Ironicamente, estas práticas podem ser compreendidas como uma internalização do estereótipo de que os homossexuais são disseminadores da AIDS, uma espécie de profecia auto-realizadora que reforça tanto o preconceito institucionalizado quanto o internalizado. De acordo com Jablonski (comunicação pessoal, 2005), também não se pode descartar a hipótese de que transtornos de personalidade específicos estejam correlacionados com o comportamento do *bug chasing*, tema este que precisa ser melhor investigado. Seja qual for o motivo que leva um indivíduo a ser *barebacker* ou *bug chaser* (preconceito, auto-destruição, transtorno psíquico, extrema pobreza ou simples entretenimento), um número maior de pesquisas sobre estes fenômenos precisam ser realizadas, sobretudo devido ao elevado custo social, médico e legal que comportamentos sexuais desta natureza geram para a sociedade mais ampla.

7.3

Conjugalidade homossexual e violência doméstica

Apesar de sabermos que a homossexualidade não é uma área de estudos recente, o tema da conjugalidade homossexual foi praticamente ignorado até inícios da década de 80, quando cientistas sociais começaram a analisar as características dos casais gays na sociedade contemporânea, devido à crescente visibilidade que estes adquiriram em decorrência da revolução sexual, dos ganhos obtidos pelo movimento gay e da epidemia de AIDS (Almeida Neto, 1999; Berger, 1990a). A partir de então, pesquisas sobre este assunto têm sistematicamente demonstrado que, não obstante casais hetero e homossexuais apresentarem alegrias e problemas semelhantes, casais de gays e lésbicas experienciam obstáculos adicionais em seus relacionamentos, derivados, sobretudo, do preconceito da sociedade e dos efeitos particulares da socialização de papel de gênero em indivíduos homossexuais (McGoldrick, [1989] 1995a).

De acordo com diversos autores (Meyer, 1989; Peplau & Gordon, 1991), a maioria das pessoas (independente da orientação sexual) deseja relações amorosas estáveis onde possam obter afeto, companheirismo, intimidade e amor, e poucas

se contentariam apenas com relacionamentos sexuais casuais. Neste sentido, grande parte dos casais precisaria lidar com dificuldades semelhantes, tais como resolver questões ligadas à autonomia *versus* intimidade, decisões financeiras, sexualidade, comunicação, resolução de conflito, convivência com a família de origem, filhos⁸⁷, balancear relacionamento com responsabilidades profissionais, dentre outras (Martell e cols., 2004). Casais gays seriam, desta forma, indistinguíveis de casais heterossexuais em aspectos tais como satisfação com a relação, ajustamento do casal, amor e alegrias/problemas conjugais (Kurdek & Schmitt, 1986; Peplau & Cochran, 1981). Em um estudo pioneiro, por exemplo, Mackey e cols. (1997) compararam casais hetero e homossexuais que coabitavam há mais de 15 anos, descobrindo que, independente da orientação sexual, as características que fazem um relacionamento ser duradouro e satisfatório são as mesmas para ambos os grupos, a saber: confiança, respeito, compromisso, lealdade, flexibilidade, complementaridade, semelhança de valores, comunicação e entendimento das necessidades do parceiro. No entanto, apesar de apresentarem níveis de satisfação conjugal bastante similares, casais do mesmo sexo enfrentam entraves adicionais em seus relacionamentos, dificuldades estas que serão abordadas a seguir.

O preconceito

De acordo com diversos autores (Lehman, 1997; Walsh, 1996), o preconceito sexual, tanto institucionalizado quanto internalizado, afeta sobremaneira a dinâmica da conjugalidade entre casais homossexuais. Primeiramente, devido à falta de proteção legal para parceiros do mesmo sexo e suas famílias, estes indivíduos não têm assegurados direitos civis semelhantes aos estipulados a casais heterossexuais: direito à herança, partilha de bens, declaração conjunta de renda, inclusão do parceiro como dependente em planos de saúde e previdência, aquisição de nacionalidade (caso o parceiro seja estrangeiro), adoção, dentre outros (Gwercman, 2004). Do mesmo modo, a falta de rituais que marquem a união, assim como a inexistência do direito de casar-se legalmente exclui estes casais de validação social e legal.

⁸⁷O tema da homoparentalidade não será abordado nesta tese por constituir um assunto amplo e complexo demais, precisando ser investigado em um estudo separado.

Tal como nos aponta Imber-Black ([1989] 1995), rituais ajudam a reduzir a ansiedade característica de momentos de transição, fazendo com que a identidade individual e social dos sujeitos seja comunicada à família e à sociedade mais ampla. As cerimônias de casamento, especificamente, são úteis em obter o apoio de instituições tradicionais, tais como a família e a Igreja, criando alianças e fazendo com que os indivíduos negociem suas relações. Para casais homossexuais que não têm acesso a estes tipos de rituais resta a confusão que os membros da família experienciam no processo de tentar entender seus papéis com relação ao novo casal. A ausência de uma festa de casamento ou de uma cerimônia equivalente tende a confirmar o estigma com relação aos homossexuais, perpetuando a crença de que estes casais devem ser mantidos em segredo.

Na última década, no entanto, cerimônias de “casamento” homossexual têm se tornado cada vez mais comuns, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa (Imber-Black & Roberts, 1992; Marcus, 1988). Um estudo recente (Shipman & Smart, 2006; Smart, 2006) conduzido na Inglaterra entrevistou casais homossexuais que tinham decidido realizar uma cerimônia de compromisso para marcar sua relação, encontrando dados bastante interessantes. Alguns casais, por exemplo, relataram que a decisão de contar a familiares e amigos sobre a cerimônia foi extremamente difícil e dolorosa, sendo descrita como “uma abertura de novas feridas” e uma segunda assunção da homossexualidade. Este fenômeno parecia ocorrer porque enquanto algumas famílias simplesmente não aceitavam a homossexualidade, outras a toleravam desde que ela não ficasse evidente, isto é, os companheiros homossexuais eram vistos como apenas “colegas de quarto”. Em outras palavras, a realização de uma cerimônia de compromisso abalava estas crenças. Para King e Bartlett (2006), por sua vez, o reconhecimento legal e social dos relacionamentos homossexuais pode ajudar a reduzir a discriminação, aumentar a estabilidade destes relacionamentos e levar a uma melhora na saúde física e mental deste setor da população.

O preconceito pode tomar formas ainda mais insidiosas, tais como tratar indivíduos em relacionamentos estáveis como se eles fossem solteiros, isto é, sem as responsabilidades e compromissos de casais heterossexuais (Oswald, 2000). Outro exemplo de preconceito seria deixar de retratar casais gays positivamente na mídia, conforme o raciocínio desenvolvido anteriormente por Kushner (1997), segundo o qual quase não existem imagens de casais homossexuais bem-

sucedidos, felizes ou levando uma vida familiar “comum”, com alegrias e problemas como a maioria das pessoas. Johnson e Keren (1996) apontam, ainda, para o fato de que, quando casais gays são retratados na mídia, seus relacionamentos aparecem marcados por traição, competição, maldade e ciúme. Raramente vemos imagens significativas de amor, afeto, compromisso e cuidado.

Em segundo lugar, o preconceito faz com que casais homossexuais tenham que negociar constantemente em que grau devem, ou não, assumir seu relacionamento, avaliando os riscos de tal decisão. LaSala (1998) postula, por exemplo, que a grande maioria dos casais homossexuais sofre um grau elevado de preconceito por parte dos familiares de ambos os conjugues quando estes decidem assumir seu relacionamento. Apesar do grau de apoio familiar aumentar com o passar dos anos, ele tende a ser muito pequeno, e com frequência os pais culpam o companheiro do filho pelo “estilo de vida pervertido” deste ou por tê-lo “levado para o mau-caminho”. Neste sentido, Mackey e cols. (1997) postulam que irmãos do indivíduo homossexual possuem uma importância crucial no que se refere a estreitar a relação deste, e de seu companheiro, com pais e outros membros da família. Paciência, persistência e compreensão por parte do casal também parecem fazer diferença no que se refere à maior aceitação parental, que acaba percebendo, em alguns casos, que um casal homossexual pode ser tão feliz quanto qualquer outro. Não obstante esta aparente melhoria na qualidade das relações com a família de origem, os autores acima fazem a ressalva de que atitudes negativas sutis podem ser observadas mesmo em pais que se esforçam por se reconciliar com seu filho homossexual. Um exemplo característico deste fenômeno seria “esquecer” o aniversário do companheiro do filho ou deixar de incluí-lo em eventos familiares, o que demonstra ambivalência sobre a aceitação do relacionamento.

Freqüentemente, a decisão que o sujeito homossexual enfrenta oscila entre assumir a própria homossexualidade, suportando a possibilidade de rejeição, discriminação e marginalização, ou manter segredo sobre a orientação sexual, tendo que se defrontar com isolamento, falta de apoio e a dificuldade de levar uma “vida dupla”. Como postulado anteriormente, o retraimento e o controle da informação sobre a homossexualidade podem prejudicar gravemente qualquer tipo de relação interpessoal, desde as mais passageiras até as mais íntimas. Com relação especificamente ao preconceito internalizado, Berzon (1988) notou, por

exemplo, que casais que lidam com conflitos relacionados à identidade homossexual desvalorizando outros gays assumidos e vivendo uma vida dupla tendem a desvalorizarem-se a si mesmos e a prejudicar seus relacionamentos. De acordo com este autor, levar uma vida dupla sugere que o indivíduo sofre de preconceito internalizado, baixa auto-estima esta que é reforçada pelo estresse diário do processo de encobrimento. Sujeitos com baixa auto-estima podem apresentar muita dificuldade em manterem relacionamentos satisfatórios porque também lhes é difícil valorizar seus parceiros. Por sua vez, se o encobrimento é uma resposta ao preconceito internalizado o parceiro pode se tornar uma lembrança constante da “falha” do sujeito.

Desta forma, muitos indivíduos evitam estabelecer relacionamentos duradouros, pelo medo de que este envolvimento torne mais difícil esconder sua orientação sexual, ou optam por se distanciar de seus pais em um esforço por esconder a própria homossexualidade (Harry, 1988; Reece, 1988). Paralelamente, é freqüente que muitos casais homossexuais apresentem uma vigilância excessiva acerca de comportamentos (verbais e não-verbais) que sejam “reveladores” ou demasiadamente afetuosos, adaptando a expressão de intimidade a diversas situações. Neste sentido, não podemos minimizar os riscos que estes indivíduos possuem de serem agredidos, verbal ou fisicamente, caso decidam expressar seu afeto em público. Assim, estes medos e tensões constantes provocam elevados níveis de estresse, sobretudo quando os parceiros discordam com relação ao grau em que devem se assumir, estão em diferentes estágios de auto-aceitação da homossexualidade, apresentam um grau elevado de preconceito internalizado, ou possuem experiências freqüentes com discriminação, fatores que limitam a habilidade do casal de se sentir seguro e reconhecido.

A descontinuidade entre “passar como apenas amigos” em alguns contextos e experienciar a liberdade de ser um casal em outros cria um desgaste tremendo em casais do mesmo sexo. De fato, por causa da opressão social e do medo de sofrerem represálias, muitos casais do mesmo sexo sentem-se forçados a comportar-se de formas que invalidam seus relacionamentos. (Ossana, 2000: 283; tradução nossa)

Como exemplo deste fenômeno podemos mencionar a situação em que a família de origem de um homossexual se recusa a convidar o parceiro deste para um evento familiar, caso no qual o sujeito é deixado na difícil situação de ter que

escolher entre seu companheiro e sua família (Johnson & Keren, 1996). Problemas também podem ocorrer quando um dos membros do casal é assumido há mais tempo que o outro. Enquanto o indivíduo mais “experiente” pode ficar preocupado em saber se a orientação sexual do parceiro é transitória (com medo de que ele eventualmente procure outros tipos de relacionamentos), o sujeito que ainda não se assumiu pode se sentir inseguro e ameaçado com o grau de assunção da homossexualidade de seu companheiro (Ossana, 2000). Observamos, deste modo, que estes tipos de dilemas, repetidos dia após dia, exercem uma enorme quantidade de pressão e estresse na vida do casal homossexual, dificuldades estas que são desconhecidas pela maioria dos casais heterossexuais.

Em terceiro lugar, um dos estereótipos mais comuns com relação aos homossexuais é que estes são incapazes de estabelecer relações amorosas duradouras, não têm famílias ou filhos e morrem (ou se suicidam) desesperados e sozinhos (Meyer & Dean, 1998). Gays que internalizam estas crenças podem se sentir inferiores aos heterossexuais e incapazes de alcançar objetivos que contradigam o preconceito. Muitos não tentariam sequer desenvolver relacionamentos estáveis satisfatórios ou criar famílias alternativas. Simon (1996) postula também que problemas no relacionamento são interpretados por estes indivíduos como uma confirmação de que relacionamentos homossexuais são naturalmente fadados ao fracasso e que, portanto, não faz sentido tentar solucionar eventuais dificuldades. Refutando estes estereótipos, estatísticas norte-americanas mostram que 39% dos homossexuais coabitam com seu parceiro (em contraposição a 44% da população heterossexual que é casada), e que relacionamentos de 20 anos ou mais de duração não são incomuns (Mackey e cols., 1997; Wilke, 1998).

Vale ressaltar, no entanto, que apesar do fato de alguns casais gays coabitarem por um longo período de tempo, pesquisas (Blumstein & Schwartz, 1983; Kurdek, 1995) têm demonstrado que relacionamentos homossexuais duram, em média, um número menor de anos quando comparados à população heterossexual, existindo várias explicações para este fenômeno. Em primeiro lugar, a dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos amorosos ocorreria porque assumir um relacionamento homossexual duradouro implica em assumir a própria homossexualidade, ao passo que experiências sexuais isoladas podem ser racionalizadas como sendo apenas uma contingência do momento, permitindo que

o sujeito mantenha sua suposta heterossexualidade. Nos casos em que o indivíduo apresenta um grau elevado de preconceito internalizado, este pode inclusive deixar de reconhecer que está em uma relação amorosa com alguém de seu mesmo sexo biológico (Simon, 1996). A culpa sobre a homossexualidade parece fazer com que o sujeito negue uma parte central da sua identidade, o que torna extremamente difícil qualquer movimento em direção a um relacionamento satisfatório com alguém do mesmo sexo. Gaines (2001) também aponta para o fato de que indivíduos estigmatizados com altos níveis de preconceito internalizado são menos capazes de oferecer apoio sócio-emocional, isto é, amor e respeito, a outros sujeitos estigmatizados, o que tende a provocar problemas de auto-estima que acabam afetando o relacionamento do casal. Paradoxalmente, Mackey e cols. (1997) postulam que estar em um relacionamento amoroso com alguém do mesmo sexo tende a facilitar o desaparecimento gradual do preconceito internalizado.

Em segundo lugar, como nos apontam Fry e MacRae (1983), visto que casais homossexuais não são unidos por nenhuma espécie de contrato legal ou religioso, a principal base de seus relacionamentos é a atração e afeição mútuas, bases estas que podem mudar com o passar do tempo. Os heterossexuais, pelo contrário, ao mesmo tempo em que estão sujeitos a um grau maior de apoio e validação social, também sofreriam pressão familiar, legal e financeira para tentar resgatar relacionamentos em declínio, chegando, em muitos casos, a manter casamentos francamente deteriorados. Green e cols. (1996) mencionam, em um sentido semelhante, que casais heterossexuais são mais propensos a estarem criando crianças juntos (o que provê objetivos comuns e um forte incentivo para que o casal se mantenha unido); estão mais sujeitos a adotar valores tradicionais, conservadores ou religiosos (que mantêm o casal junto a despeito de uma possível infelicidade) ou podem acreditar que possuem poucas alternativas ao relacionamento (sobretudo no caso de mulheres mais velhas ou com filhos pequenos). De acordo com estes autores, casais homossexuais seriam mais flexíveis e, portanto, mais dispostos a abandonarem relacionamentos pouco satisfatórios.

Berger (1990a) sugere uma explicação alternativa para a curta duração de alguns relacionamentos homossexuais: muitos destes indivíduos passam a morar juntos em um curto período de tempo (4 meses em média), o que faz com que o

casal comece a coabitar sem pensar cuidadosamente em questões de compatibilidade. Lembramos, neste sentido, que dado o fato de casais homossexuais não terem rituais socialmente aceitos (tais como noivados e casamentos) para marcar o começo de seus relacionamentos, o ato de morar junto adquire uma importância considerável⁸⁸. Ainda com relação ao tema da compatibilidade, Carl (1990) postula que devido ao menor número de indivíduos (se comparados à população heterossexual) dentre os quais os homossexuais podem escolher seus parceiros, muitos casais gays acabam sendo formados por sujeitos de distintas raças ou níveis sócio-econômico-culturais, fenômeno que se apresenta como um complicador adicional na vida destes indivíduos. De um modo geral, não obstante, acredita-se que a longevidade dos relacionamentos homossexuais tenderá a aumentar com a diminuição do preconceito contra estes casais (King & Bartlett, 2006).

Importante ressaltar também que a assunção da homossexualidade para familiares, amigos próximos ou chefes, e, particularmente, o grau de apoio social, estão correlacionados com satisfação conjugal em casais gays (Kurdek, 1988), apesar de não estarem, necessariamente, relacionados com o amor pelo parceiro (Berger, 1990b). Neste sentido, LaSala (2000) sugere que a assunção da homossexualidade, principalmente para familiares, é vista como uma forma de comunicar compromisso ao parceiro, protegendo o relacionamento mesmo nos casos em que o casal sofre preconceito. Simultaneamente, interações sociais que apóiam o relacionamento são cruciais para a viabilidade deste, e indivíduos que não se assumem estão privados destas interações. Por sua vez, o estresse de esconder a homossexualidade pode precipitar e potencializar outras dificuldades de relacionamento, assim como tirar a energia necessária para a resolução destes conflitos (Patterson & Schwartz, 1994). Por último, apontamos para o fato de que, ao contrário do que sugere o senso comum, a comunidade homossexual, com sua ênfase em determinados locais de socialização (particularmente bares e boates), não oferece apoio a casais homossexuais, fazendo com que muitos indivíduos

⁸⁸ Mackey e cols. (1997) também apontam como momentos importantes na vida de um casal homossexual a primeira relação sexual e a compra conjunta de bens, tais como um imóvel, por exemplo.

deixem de freqüentar certos ambientes como uma forma de proteger seus relacionamentos (Meyer, 1989)⁸⁹.

Ironicamente, o apoio oferecido por uma rede de amigos (hetero e/ou homossexuais), e sobretudo por outros casais gays, é importante para viabilizar a manutenção de relacionamentos homossexuais em face do preconceito que estes casais sofrem por parte de suas famílias de origem. Segundo Mackey e cols. (1997), as amizades oferecem aceitação, afirmam a orientação sexual dos indivíduos, ajudam a neutralizar o isolamento social que é uma ameaça para a vida destes casais, e permitem que o casal experiencie um sentido de validação e bem-estar sobre seu relacionamento. Em geral, o desenvolvimento de amigos em comum parece estar associado à assunção da homossexualidade e a um sentimento de confiança em ser identificado como um casal homossexual. Vale lembrar que para indivíduos homossexuais uma rede de amigos íntimos muitas vezes funciona como uma “família eleita” (família esta que é composta por indivíduos com os quais o sujeito tem um vínculo afetivo especial, independente de compartilharem laços sanguíneos ou jurídicos), que substitui, de certa forma, a família de origem que discrimina o sujeito (Kates, 1998; Rucker e cols., 1996; Weston, 1991).

A viuvez

Uma outra dinâmica inerente à conjugalidade homossexual parece ser a correlação entre a viuvez e o ressurgimento de sentimentos negativos direcionados ao *self*. Neste sentido, podemos dizer que o preconceito internalizado se apresenta como um fenômeno tão pernicioso que ele pode voltar a surgir, com força redobrada, muitos anos após o indivíduo ter se aceito e se assumido como homossexual. Isto aparece de forma particularmente clara em casos nos quais um dos membros do casal homossexual morre, deixando o conjugue na posição de viúvo. Segundo alguns autores (Harry, 1988; McGoldrick, [1989] 1995b), a viuvez é um evento que marca o ciclo de vida familiar⁹⁰, experiência que é negada

⁸⁹ Johnson & Keren (1996) fazem a ressalva de que o apoio da comunidade gay a relacionamentos estáveis aumentou consideravelmente após o surgimento da AIDS na década de 80.

⁹⁰ Modelos de ciclo de vida familiar baseados em casais heterossexuais tornam-se inadequados quando aplicados a relacionamentos homossexuais. Por este motivo, alguns autores têm se dedicado a estudar o desenvolvimento de relacionamentos entre gays e lésbicas postulando modelos de “estágios” pelos quais o casal passaria ao longo do tempo (Clunis & Green, 1993;

aos homossexuais. Apesar de ainda ser um tema pouco explorado, o processo de luto dos homossexuais começou a ser estudado a partir da década de 80, devido ao número cada vez maior de gays que morriam em decorrência da AIDS (Shernoff, 1997). Tal como apontam Dane e Miller (1992), nossa sociedade oferece um espaço muito limitado para a expressão do luto de um modo geral e, particularmente, do luto homossexual, o que faz com que estes indivíduos sofram preconceito e discriminação ao mesmo tempo em que tentam superar a morte de um parceiro. Segundo Decker (1984), no caso de homossexuais, não existem formas socialmente aceitáveis de realizar o luto pelo término de uma relação (seja por morte ou abandono), o que pode fazer com que o indivíduo carregue, para um relacionamento subsequente, a perda mal-resolvida.

Uma dificuldade característica enfrentada por viúvos homossexuais se refere ao fato do seu relacionamento não ser reconhecido, validado ou valorizado. *“Uma viúva ou viúvo heterossexual que perde um parceiro recebe um nível tácito de apoio social e condolência. Homens gays que se tornaram viúvos podem estar mais predispostos a encontrar deboche, ostracismo, medo ou culpa.”* (Schwartzberg, 1996: 36; tradução nossa). Assim, o processo de luto destes sujeitos é complicado pelo fato de que sua tristeza não é validada: o relacionamento homossexual, a perda em si e o viúvo não são reconhecidos como tais (Doka, 1989; King & Bartlett, 2006). Uma das formas pelas quais o sujeito lida com o preconceito com relação à sua perda é a necessidade constante de defender o relacionamento que ele teve com o falecido, tentando provar a validade da relação. A consequência direta deste tipo de atitude é o modo como ela atrapalha o processo de luto do indivíduo, que, como uma defesa por ter seu relacionamento negado, pode sentir-se incentivado a manter ativa sua relação com o morto, afirmando sua realidade e importância. A raiva pela morte do parceiro, característica do processo de luto, também pode ser potencializada por reações preconceituosas e pela insensibilidade de familiares e amigos com relação à perda. Neste sentido, Shernoff (1998) lembra que homossexuais assumidos estão menos suscetíveis a estes processos, pois com frequência contam com uma rede de apoio de amigos que ajuda o sujeito a superar o trauma pela morte do companheiro. Siegal e Hofer (1981), por sua vez, apontam atitudes preconceituosas mais

McWhirter & Mattison, 1984; Slater, 1995). Não obstante ser bastante interessante, este tema não será explorado em maior profundidade por fugir ao escopo da tese.

concretas, tais como não permitir que o viúvo tire licença de seu trabalho (um benefício concedido a casais heterossexuais)⁹¹, hostilidade por parte da família do morto, e exclusão do viúvo dos preparativos para o funeral (ou da própria cerimônia). Em situações mais graves, devido à falta de proteção legal para relacionamentos entre homossexuais, a família do falecido pode inclusive negar o acesso do viúvo a imóveis, bens e objetos adquiridos em conjunto durante o relacionamento.

O trauma de perder o parceiro pode igualmente reacender antigos sentimentos de preconceito internalizado, posto que a falta de apoio e compaixão por parte de familiares, amigos e colegas de trabalho tende a gerar sentimentos de vergonha e culpa em alguns viúvos gays, sobretudo entre aqueles que provêm da famílias religiosas ou conservadoras. Neste sentido, o homossexual pode pensar que, de algum modo, ele merece o sofrimento pelo qual está passando ou que, se não fosse gay, talvez não estivesse vivenciando esta situação. Naturalmente, se o indivíduo não fosse gay ele não teria se apaixonado pelo homem que acabou morrendo, mas isto não quer dizer que se ele fosse heterossexual ele estaria livre deste tipo de acontecimento. O problema central com esta linha de raciocínio é o fato de que ela equaciona “ser gay” com “sofrimento” (o que para nós é um indício de preconceito internalizado), ao invés de demonstrar que a tristeza é uma resposta apropriada ao fato de ter amado e ter perdido o objeto de amor. Nos casos nos quais o viúvo é HIV-positivo e seu parceiro morreu de AIDS o sentimento de culpa pode ser potencializado pelo pensamento de “por que eu ainda estou vivo se meu companheiro morreu desta doença?” (Shernoff, 1997). Quando o preconceito internalizado atingiu níveis mais elevados o viúvo pode inclusive chegar a adotar o mecanismo de defesa de minimizar ou desvalorizar a importância do relacionamento. Sentindo-se sozinho, isolado e sem poder contar com a compreensão e o apoio das pessoas à sua volta, o viúvo tem seu sofrimento e raiva aumentadas, o que tende a facilitar o surgimento de sintomas clínicos mais graves, tais como depressão.

⁹¹ Shernoff (1998) aponta para o fato de que, caso após a sua volta ao trabalho o viúvo homossexual apresente um rendimento inferior ao habitual, ele provavelmente não contará com a mesma leniência concedida a heterossexuais, o que pode contribuir para diminuir ainda mais sua auto-estima.

A socialização de papel de gênero

Tal como mencionamos no início deste capítulo, muitas das dificuldades inerentes aos relacionamentos homossexuais podem ser explicadas pela distinta socialização de gênero de homens e mulheres na nossa sociedade. Segundo Moore e cols. (1999), o *papel de gênero* se refere a uma série de características, comportamentos e interesses definidos por uma sociedade ou cultura como sendo apropriados para membros de cada sexo biológico. Nas sociedades ocidentais as mulheres têm sido tradicionalmente socializadas para valorizar intimidade e compromisso em seus relacionamentos, a botar as necessidades dos outros em primeiro lugar, a serem excepcionalmente afetivas e sensíveis, e a esconderem reações competitivas ou agressivas (Roth, 1985). Os homens, por sua vez, são socializados para valorizar independência, assertividade, racionalidade, liderança, competitividade e realização profissional (Jablonski, [1991] 1998; Levant, 1995). Assim, devido a este tipo particular de socialização, casais gays tenderiam a apresentar problemas conjugais que possivelmente derivam de um desenvolvimento excessivo de habilidades e valores associados com a masculinidade tradicional (George & Behrendt, 1988b)⁹².

De acordo com Hawkins (1992), problemas comuns apresentados por casais homossexuais que procuram terapia incluem conflitos em torno de dinheiro e emprego, raiva e violência⁹³, ciúme e dificuldades sexuais. Neste sentido, a socialização masculina provocaria deficiências em habilidades interpessoais (o que aumenta os problemas de comunicação), e casais gays apresentariam dificuldades nas áreas de dependência, intimidade e expressividade, freqüentemente utilizando negação, distanciamento e evitação como uma forma de lidar com as pressões e problemas de um relacionamento (Elise, 1986; Krestan & Bepko, 1980; Rubin, 1983). Mackey e cols. (1997), ressaltam que a evitação de

⁹² Vale ressaltar que alguns autores (e. g. Green e cols., 1996) discordam da utilização das teorias de gênero para explicar as particularidades da conjugalidade homossexual, postulando que a socialização de gênero de gays e lésbicas é distinta daquela vivenciada por homens e mulheres heterossexuais. No entanto, apesar de levarmos em consideração as ressalvas apontadas por estes autores, acreditamos, junto com a maior parte dos estudiosos do assunto, que a socialização de gênero masculina ou feminina possui uma influência considerável na dinâmica específica dos relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo.

⁹³ Tendo dificuldade em expressar sentimentos de um modo geral, sobretudo aqueles relacionados a medo, muitos homossexuais masculinos tendem a adotar comportamentos agressivos com relação a seus parceiros.

conflito, característica de alguns casais homossexuais, é potencializada pelo medo de ser abandonado pelo parceiro, assim como pelo fato de “não saber como brigar”. Primeiramente, no caso dos homossexuais, ser abandonado pelo parceiro é um receio que não pode ser de forma alguma minimizado, devido à frequência com que o companheiro homossexual é as vezes a única fonte de suporte emocional para o indivíduo. Em segundo lugar, tal como abordado em Nunan (2001), homossexuais que são vítimas de discriminação tendem a adotar comportamentos de evitação para lidar com a ameaça preconceituosa. Neste sentido, podemos dizer que a evitação de sentimentos associados com situações sociais desprazerosas pode, eventualmente, se reproduzir nas relações com os parceiros.

Uma série de pesquisas têm demonstrado que durante a infância muitos homossexuais masculinos apresentavam graus mais baixos de conformidade a seu papel de gênero do que crianças da mesma idade (Bailey & Zucker, 1995; Green e cols., 1996). Neste caso, é provável que o comportamento mais “feminino” destes sujeitos, quando crianças, tenha provocado ridicularização, rejeição e desaprovação, tanto por parte de pais e amigos, quanto pela sociedade mais ampla. Visto que, na nossa sociedade, características masculinas são extremamente valorizadas, e que a idéia de masculinidade e homossexualidade são incompatíveis, é possível que estes meninos tenham sofrido intensa pressão para reprimir traços “femininos”. Um processo semelhante a este pode ter ocorrido com meninos que, apesar de não apresentarem estes comportamentos “femininos”, internalizaram a crença de que tais características são intrinsecamente ruins, sobretudo porque elas estariam associadas com déficits na masculinidade. *“Ironicamente, os próprios traços que alguns homens homossexuais aprenderam a desvalorizar e suprimir em si mesmos, particularmente nos relacionamentos com outros homens, provêem alguns dos ingredientes essenciais para uma intimidade bem sucedida.”* (Ossana, 2000: 280; tradução nossa). Um exemplo deste fenômeno seria o distanciamento emocional que o sujeito homossexual coloca entre ele e seu parceiro. De acordo com Johnson e Keren (1996), isto ocorreria porque, na nossa cultura, os homens, sejam eles hetero ou homossexuais, são socializados no sentido de manterem distância emocional em relação a outros homens, posto que a intimidade entre dois homens é indicativa da pior possibilidade: ser homossexual. No caso de homossexuais que possuem elevados

níveis de preconceito internalizado, o estabelecimento de intimidade com outro homem pode provocar uma sensação de “perda de masculinidade” e de baixa auto-estima, o que tende a gerar dificuldades conjugais. Em um sentido semelhante, a excessiva valorização da competitividade como um traço masculino pode ocasionar graves transtornos em relacionamentos amorosos que, com frequência, requerem que os membros de casal aprendam a negociar e ceder.

A socialização de papel de gênero também parece exercer influência com relação à dimensão de monogamia nos casais homossexuais. De acordo com um número considerável de pesquisas (e. g. Johnson & Keren, 1996; Peplau & Gordon, 1991), casais homossexuais masculinos são marcadamente menos monógamos em seus relacionamentos do que casais de heterossexuais ou lésbicas. Vale a pena ressaltar que, segundo Féres-Carneiro (1999), gays masculinos tendem a diferenciar os conceitos de *fidelidade amorosa* (que é sempre considerada uma traição) e *fidelidade sexual* (que não é, necessariamente, considerada uma traição). Estes dados são corroborados por outros autores (Blumstein & Schwartz, 1983; Green e cols., 1996), que postulam que para homens gays sexo fora do relacionamento pode não ser emocionalmente envolvente ou ter o mesmo significado (por exemplo: falta de compromisso, deslealdade, traição, falta de amor), do que ele adquire para heterossexuais ou lésbicas. No estudo de Mackey e cols. (1997), apenas a fidelidade amorosa mostrou-se importante para a manutenção do relacionamento, porque indicava confiança e lealdade, isto é, a disponibilidade emocional do sujeito para ajudar seu parceiro em momentos difíceis, o que não está relacionado, necessariamente, com monogamia. Neste sentido, o sexo fora do relacionamento é visto como algo lúdico e não parece interferir na qualidade da relação, que aparenta ser a mesma tanto para casais que adotam a monogamia, como para aqueles que não o fazem (Blasband & Peplau, 1985; Kurdek, 1988; McWhirter & Mattison, 1984). A opção por estabelecer um relacionamento sexualmente exclusivo ou não parece ser fruto de uma escolha individual de cada casal, escolha esta, no entanto, que precisa ser cuidadosamente negociada entre os parceiros a fim de evitar dificuldades conjugais geradas por sentimentos de traição.

De acordo com o que foi postulado em Nunan (2003), existiriam duas explicações distintas para o fenômeno da não-monogamia dos casais homossexuais masculinos. Em primeiro lugar, a socialização de gênero na nossa

cultura ensina os homens a serem mais interessados em sexo e em variedade sexual do que as mulheres. Por outro lado, para muitas mulheres, independente de sua orientação sexual, sexo e amor estão intimamente ligados, o que faz com que relações casuais sejam menos atraentes. Os gays seriam capazes de separar amor e sexo e portanto desfrutar de sexo casual sem envolvimento emocional (Almeida Neto, 1999). Estas características do comportamento do homossexual masculino se devem, assim, não à sua orientação sexual, mas às diferenças existentes entre homens e mulheres. Em outras palavras, pode-se argumentar que o gênero influencia o tipo de relacionamento que as pessoas querem. Ao passo que a maioria das pessoas parece desejar uma relação estável com um parceiro especial, os homens possuem maiores chances de quererem (e terem) relações sexuais com outros parceiros. Neste sentido, o sexo casual é visto como um complemento para o relacionamento estável, não um substituto.

Em segundo lugar, em que pese os relacionamentos monogâmicos duradouros serem cada vez mais comuns e visíveis (sobretudo após o surgimento da AIDS), uma grande parte da vida gay ainda tem girado em torno de sexo casual e anônimo, disponível, por exemplo, em bares, saunas, boates, quartos escuros, parques, estacionamentos e banheiros públicos (Almeida Neto, 1999; Johnson & Keren, 1996; Matthaei, 1997). Para Costa (1992), esta “sexualidade clandestina”, no entanto, não é uma característica inerente à homossexualidade, mas uma consequência da exclusão social vivenciada por estes sujeitos, que os impede de viver publicamente seus relacionamentos amorosos. Seguindo esta linha de raciocínio, autores como Kirk e Madsen (1989) teorizaram que se a homossexualidade fosse completamente aceita pela sociedade mais ampla relacionamentos sexuais anônimos em locais públicos deixariam de existir. Bapst (2001), no entanto, descobriu que muitos homossexuais de fato gostam destes tipos de lugares, característica presente, aliás, entre muitos heterossexuais.

Para muitos indivíduos, esta sucessão de relacionamentos anônimos e superficiais acabaria gerando compulsão, ansiedade, insatisfação, solidão, ressentimento, culpa, sofrimento, privação afetiva e isolamento emocional. Greenberg (1988) sugere, igualmente, que a impessoalidade de muitas relações homossexuais não se deve apenas aos obstáculos sociais criados pela

discriminação à relacionamentos duradouros⁹⁴, mas às dificuldades que muitos homens têm de expressar emoções. Nos relacionamentos heterossexuais, por exemplo, a responsabilidade pela intimidade emocional necessária para viabilizar a relação amorosa recai freqüentemente sobre a mulher, pois o homem não foi socializado para exercer esta função (Heilborn, 2004). Em outras palavras, não é que os homossexuais masculinos não sejam capazes de estabelecer parcerias de longo prazo, muitos apenas não sabem como fazê-lo. Vale ressaltar, por último, que gays tendem a dar muita importância à atratividade física e à capacidade erótica do parceiro no processo de escolha amorosa, valorizando a intensidade da atividade sexual (Féres-Carneiro, 1997), o que pode contribuir para problemas com intimidade emocional.

Com relação a este último tema, alguns autores (Carl, 1990; George & Behrendt, 1988b; Smith, 1988) sugerem que homossexuais que assumem sua orientação sexual depois de adultos deixam de vivenciar comportamentos de experimentação sexual característicos da adolescência, completando esta tarefa desenvolvimentista em um momento posterior de suas vidas. Deste modo, estes indivíduos tenderiam a passar por um período de elevada energia sexual (similar àquele experienciado por adolescentes heterossexuais), envolvendo-se sexual e romanticamente com um número considerável de homens. Para a maioria dos homossexuais, no entanto, sobretudo para aqueles com baixos níveis de preconceito internalizado, este período de elevada atividade sexual cessaria com o passar dos anos. Vale ressaltar, por último, que independente da teoria que utilizemos para explicar os índices mais baixos de monogamia em casais gays (quando comparados a lésbicas e heterossexuais), devemos ter em mente que, dentro da subcultura homossexual masculina, este conceito possui um significado bastante diferente daquele que é adotado pelo resto da sociedade (Johnson & Keren, 1996).

⁹⁴Higgs (1999) sugere que devido à profunda reprovção social, casais de homossexuais assumidos que vivem juntos como uma unidade familiar com rotinas domésticas (tal como é freqüente nos Estados Unidos e na Europa), são bastante incomuns no Brasil, e geralmente se restringem às classes médias.

A falta de modelos de relacionamento

Uma das particularidades da conjugalidade homossexual é a falta de modelos de relacionamento nos quais indivíduos gays e lésbicos possam se basear para estabelecerem suas parcerias⁹⁵. Assim, na ausência de validação social, legal e religiosa, assim como na falta de modelos de relacionamento nos quais se espelhar, sujeitos homossexuais com frequência criam suas próprias normas conjugais (Simon, 1996). Diversos estudos (Green e cols., 1996; Kurdek, 1995; Peplau, 1991) têm demonstrado, por exemplo, que casais do mesmo sexo valorizam flexibilidade e igualitarismo em seus relacionamentos⁹⁶. Dado que adultos homossexuais tendem a se conformar menos com papéis de gênero tradicionais do que casais heterossexuais (Ossana, 2000), é incomum na sociedade contemporânea, ao contrário do que sugere o preconceito, que um gay se comporte tradicionalmente como o marido (papel de gênero masculino) e o outro como a esposa (papel de gênero feminino). De acordo com Peplau e Gordon (1991), estes estereótipos surgem da assunção errônea de que os componentes da sexualidade humana (orientação sexual, identidade de gênero e papel de gênero) são inseparáveis, isto é, se um indivíduo difere da norma em um destes componentes, ele deve diferir também em todos os outros. Estes autores postulam que a adoção de papéis de gênero rígidos é mais comum entre homossexuais idosos (isto é, que vivenciaram sua sexualidade antes da revolução sexual), ou que casais que adotam estes comportamentos são mais visíveis do que aqueles que não o fazem, fatores estes que tendem a perpetuar os estereótipos.

Apesar da falta de modelos de relacionamento nos quais se espelhar possuir sobretudo conseqüências positivas para o casal, dentre os efeitos negativos deste fenômeno destacamos o fato de que, com o intuito de negociar seus papéis dentro do relacionamento, muitos casais homossexuais podem acabar se baseando nos exemplos oferecidos por casamentos heterossexuais, o que não é apropriado

⁹⁵ Vale lembrar que os novos arranjos conjugais estabelecidos por alguns casais heterossexuais na contemporaneidade são bastante semelhantes àqueles vivenciados por casais de gays e lésbicas, no sentido de que ambas conjugalidades não incorporam modelos tradicionais de relacionamento.

⁹⁶ Green e cols. (1996) também sugerem que, além de flexíveis e igualitários, os relacionamentos homossexuais seriam mais coesos do que aqueles estabelecidos por heterossexuais. Neste sentido, coesão pode ser definida como uma medida geral de proximidade do relacionamento, isto é, “*a ligação emocional que membros da família possuem uns com os outros*” (Olson e cols., 1983: 70; tradução nossa).

(Carl, 1990). Da mesma forma, a ausência de parâmetros pode causar conflitos no que se refere a negociar responsabilidades financeiras ou domésticas (Driggs & Finn, 1990). O lado positivo desta falta de expectativas sociais com relação aos papéis de casais homossexuais é que os sujeitos ficam livres para experimentarem e desenvolverem papéis flexíveis que se adequem às suas necessidades individuais e relacionais (McWhirter & Mattison, 1984). Mackey e cols. (1997) perceberam em seu estudo que os papéis de casais gays eram freqüentemente resultado das características de personalidade, interesses e habilidades individuais de cada parceiro, da preferência que estes tinham por determinadas atividades ou de seus horários de trabalho. Os autores acima ressaltam, ainda, que estes papéis não eram estáticos, podendo transformar-se com o tempo ou à medida em que os parceiros mudavam comportamentos interpessoais específicos. De um modo geral, homossexuais tenderiam a rejeitar papéis rígidos, sobretudo aqueles relacionados com os estereótipos de gênero tradicionais, valorizando a negociação constante de quais papéis devem ser adotados.

Não obstante a flexibilidade ser considerada positiva, a ênfase que casais homossexuais colocam na igualdade dentro do relacionamento pode causar conflitos em casos de desigualdade explícita, tais como diferenças nos níveis financeiro, social ou escolar. Neste sentido, Blumstein e Schwartz (1983) postulam que em casais homossexuais masculinos uma das áreas de maior conflito é a relação com o dinheiro. Para estes autores, a capacidade de ganhar dinheiro é uma parte central da identidade masculina, outorgando poder no relacionamento. No caso de casais heterossexuais esta diferença de poder é, de certa forma, contrabalançada pela norma social, ainda vigente, de que o marido deve sustentar a esposa. Homens homossexuais, no entanto, se sentem desconfortáveis se um dos parceiros sustenta o outro. Dilemas similares parecem rondar a área profissional, pois gays tendem a comparar freqüentemente seu sucesso profissional com o de seus parceiros. Vale ressaltar que Mackey e cols. (1997) descobriram que aqueles casais homossexuais que conseguiram sobreviver por um grande número de anos o fizeram, em parte, porque lidavam com o dinheiro de uma forma conjunta, isto é, não davam importância para a discussão de qual parceiro trazia mais recursos financeiros para a relação. Em casos de desigualdade financeira explícita, o casal fazia com que o parceiro com menos

dinheiro trouxesse outros tipos de contribuição para a relação, mantendo, assim, um nível satisfatório de igualdade de status.

Outro estereótipo bastante prevalente com relação aos relacionamentos homossexuais é que os gays se dividiriam em *ativos* e *passivos*, papéis sexuais estes que reproduziriam uma relação heterossexual. Pesquisas que abordam este tema, particularmente no Brasil, têm apresentado resultados contraditórios. Em uma pesquisa realizada por nós no Rio de Janeiro (Nunan, 2001), metade dos sujeitos entrevistados afirmou que este tipo de categorização era fruto do preconceito, que “sexo é sempre ativo” (isto é, ambos indivíduos participam igualmente da relação), e que as pessoas podem ter determinadas preferências, mas que estas não são exclusivas. Da mesma forma como mulheres e homens heterossexuais gostariam mais de determinadas posições sexuais, também os homossexuais teriam suas preferências, e a variabilidade nesse sentido seria muito grande. Os entrevistados também ressaltaram que sexo não envolve apenas penetração e que portanto dividir os homossexuais em ativos e passivos nada mais faz do que reproduzir uma relação heterossexual entre macho e fêmea com vistas à procriação. Em geral, os estudos sobre este assunto tendem a corroborar os discursos acima, isto é, que não haveria divisão entre homossexuais ativos e passivos, e que, apesar de existirem determinadas preferências individuais, os parceiros alternariam os papéis sexuais. Importante ressaltar também que mesmo que um dos sujeitos prefira ser ativo esta postura sexual não influencia seu grau de poder dentro do relacionamento (Peplau & Gordon, 1991). Parker (1999) afirma ainda que a alternância de papéis sexuais entre os gays é bastante comum no Brasil, mencionando que existe amplo espaço para negociação e experimentação sexual.

No lado oposto desta discussão, encontram-se a outra metade dos entrevistados no estudo realizado por nós (Nunan, 2001), que postulou que existe sim a divisão entre homossexuais ativos e passivos, dados estes que são corroborados por Féres-Carneiro (1997). De acordo com estes sujeitos, o gay que se define como passivo sofre preconceito tanto da sociedade mais ampla como dos próprios homossexuais, pois na nossa cultura a passividade sexual está associada à feminilidade e, portanto, desviriliza o homem. Com relação a estes dados, vale lembrar, tal como mencionado anteriormente, que o sistema de gêneros brasileiro, hierarquicamente estruturado, divide os indivíduos que adotam comportamentos

homossexuais em duas categorias: o *homem* (ativo) e a *bicha* (passiva) (Fry & MacRae, 1983). Este sistema, característico das culturas latinas, contrapõe-se aos modelos norte-americano e europeu onde qualquer pessoa que tenha relações sexuais com um membro do mesmo sexo biológico é considerada homossexual, independente de adotar uma postura ativa ou passiva. Desta forma, acreditamos que a obtenção de dados contraditórios no que se refere ao tema da divisão dos homossexuais em ativos e passivos está relacionada à coexistência no Brasil de modelos tradicionais de relação homossexual (exemplificados pela díade *homem/bicha*) junto com o igualitarismo proposto pelo modelo norte-americano.

A guisa de conclusão, podemos dizer que, apesar do ainda escasso número de estudos (sobretudo no Brasil) que investigam a natureza da conjugalidade homossexual, as pesquisas de que dispomos têm encontrado dados bastante semelhantes. Em primeiro lugar, de acordo com estes estudos, a principal característica que diferencia os relacionamentos homossexuais dos heterossexuais é a falta de uma rede de apoio (familiar, social e de parte da comunidade gay) que ofereça suporte emocional tanto para o indivíduo quanto para o casal homossexual. Em segundo, à esta falta de apoio podemos somar o preconceito (tanto institucionalizado quanto internalizado) experienciado por estes casais, a falta de modelos de relacionamento saudáveis nos quais possam se espelhar, e os problemas decorrentes da socialização de papel de gênero vivenciada pelos homossexuais masculinos (que tende a desvalorizar características de personalidade essenciais para a manutenção da intimidade emocional). A socialização de papel de gênero também parece exercer influência com relação à monogamia nos relacionamentos homossexuais masculinos, que tendem a ser menos sexualmente exclusivos que os de casais lésbicos ou heterossexuais. Não obstante acreditar-se que casais gays tendam a estabelecer relacionamentos mais igualitários e flexíveis (se comparados ao restante da população), o tema da existência de papéis sexuais de atividade e passividade dentro destes relacionamentos têm apresentado dados contraditórios e, portanto, precisa ser melhor investigado em estudos subseqüentes. Detenhamo-nos agora, no cerne deste capítulo, isto é, a violência doméstica entre casais homossexuais e sua correlação com o preconceito internalizado.

A violência doméstica

A partir da década de 70, quando o movimento de emancipação feminina fez com que a sociedade começasse a discutir o problema da violência doméstica, pesquisas científicas, campanhas de saúde pública, programas de televisão, novelas e filmes começaram a difundir largamente este tema, não obstante a análise do fenômeno centrar-se na agressão cometida por homens em relação às suas parceiras heterossexuais⁹⁷. Apesar de existir bibliografia sobre violência doméstica entre homossexuais desde 1980, decorrente, em grande parte, dos ganhos obtidos pelo movimento homossexual, esta ainda é geralmente percebida como um problema heterossexual (Farley, 1996). De acordo com Coleman (1994), apenas a partir da década de 90 é que a violência ocorrida em relacionamentos gays e lésbicos começou a ser efetivamente pesquisada, em que pese um considerável grau de resistência em tratar do assunto, tanto por parte da comunidade homossexual (que teme reforçar estereótipos negativos sobre os relacionamentos homossexuais) quanto pela sociedade em geral (dado que ele questiona o pressuposto feminista de que a violência doméstica é causada por sexismo e relações de gênero desiguais).⁹⁸

Enquanto a discriminação e os crimes cometidos contra homossexuais são um problema reconhecido tanto pela comunidade gay quanto por grande parte da sociedade (Mott, 2003), estas agressões tendem a encobrir o problema ainda mais grave da violência doméstica homossexual, que, de acordo com Island e Letellier (1990), pode ser considerada um dos três riscos mais importantes à saúde dos homossexuais, ficando atrás apenas do HIV e do abuso de álcool e drogas. Vale apontar que, ao contrário do que ocorre com a maior parte da bibliografia sobre homossexualidade, o número de pesquisas sobre violência doméstica entre lésbicas é consideravelmente maior do que os estudos que se baseiam exclusivamente em homossexuais masculinos. Esta diferença no número de

⁹⁷ Estamos cientes da existência de violência doméstica cometida por mulheres contra seus companheiros do sexo masculino, apesar deste tema não fazer parte do escopo do nosso estudo.

⁹⁸ Apesar de estarmos familiarizados com a discussão a respeito das teorias sociais e psicológicas que visam explicar o fenômeno da violência doméstica, não é nossa intenção abordá-las aqui, por constituir um tema amplo demais para o escopo deste trabalho. Para o leitor interessado, recomendamos a leitura de Lehman (1997), que faz uma boa revisão sobre o tema, e de Merrill (1996), que propõe que a violência doméstica seja compreendida através de teorias que integrem modelos sociais e psicológicos.

estudos pode ser explicada, em parte, pela constatação de que as lésbicas estão envolvidas no movimento de emancipação feminina desde seu início, aliado ao fato de que os homossexuais masculinos parecem ter concentrado seus esforços no controle da epidemia do HIV (Elliot, 1996). Talvez por este motivo é que, somente a partir da década de 90, quando a epidemia de AIDS se tornou, de certa forma, controlada, se começou a falar também em violência doméstica entre casais gays masculinos.

De um modo geral, definimos *violência doméstica* entre casais como qualquer agressão física, sexual e/ou psicológica através da qual um indivíduo tenta estabelecer e manter controle e poder sobre seu parceiro (Farley, 1992). As dinâmicas características da violência doméstica (seja esta hetero ou homossexual) foram discutidas em outro trabalho (Nunan, 2004), e não serão abordadas aqui por fugirem ao escopo desta tese. De acordo com pesquisas realizadas nos Estados Unidos, a violência doméstica entre casais homossexuais ocorre aproximadamente entre 12% a 39% dos relacionamentos (Burke & Follingstad, 1999; Greenwood e cols., 2002; Tjaden e cols., 1999; Waldner-Haugrud e cols., 1997; Waterman e cols., 1989; West, 1998), estimativas similares à violência sofrida por mulheres heterossexuais, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil (Cohen e cols., 2000; Coker e cols., 2000; Jones e cols., 1999; Plichta & Weisman, 1995; Schraiber e cols., 2002; Straus & Gelles, 1990; Wilt & Olson, 1996).

Uma pesquisa realizada em Portugal (Antunes & Machado, 2005) apresentou dados semelhantes aos apontados acima, revelando que 21% dos participantes homossexuais envolvidos em relações amorosas haviam sido vítimas de pelo menos um ato abusivo durante o último ano. Aproximadamente 16% da amostra também admitiu ter adotado algum tipo de comportamento violento em relação aos seus companheiros. No caso brasileiro, não fomos capazes de encontrar pesquisas sobre violência doméstica entre casais homossexuais, com exceção de um pequeno manual produzido pelo *Grupo Gay da Bahia* (Mott, 2002) destinado à esclarecer a população homossexual a respeito da existência deste fenômeno. Apesar de não analisar especificamente este tema, a pesquisa realizada por Carrara e Ramos (2005), citada anteriormente, revelou que 6,3% dos indivíduos entrevistados haviam sido agredidos por parceiros ou ex-parceiros.

Devemos lembrar, por último, que se dados sobre a violência cometida contra a mulher são difíceis de levantar, estatísticas confiáveis sobre violência doméstica entre casais homossexuais são ainda mais escassas. Primeiramente, não existem dados demográficos oficiais sobre a população homossexual, o que faz com que qualquer informação sobre estes indivíduos seja necessariamente incompleta ou falha em algum aspecto (Nunan, 2001). Em segundo lugar, mesmo pesquisas com amostras razoavelmente representativas de homossexuais tendem a não investigar aspectos relacionados à violência doméstica, devido à disseminação da ideologia de que este tipo de agressão ocorre apenas entre casais heterossexuais, onde o homem é sempre o agressor.

Não obstante o fenômeno da violência doméstica entre casais heterossexuais e homossexuais apresentar uma série de semelhanças (Nunan, 2004), uma importante diferença entre estes dois grupos se refere ao preconceito sexual experienciado por gays e lésbicas. De acordo com diversos autores (Lehman, 1997; Walsh, 1996), o preconceito sexual, tanto institucionalizado quanto internalizado, afeta sobremaneira a dinâmica da violência doméstica entre casais homossexuais. Primeiramente, o parceiro que é vítima de violência pode ter dificuldade em encontrar apoio externo, tanto por parte de sua família, quanto por parte de instituições tais como polícia, serviços legais e sociais, grupos especializados em violência doméstica, médicos e psicólogos. Em uma cultura onde a homossexualidade carrega um grau elevado de estigma, assumir-se como vítima de violência doméstica perpetrada por um parceiro do mesmo sexo torna-se extremamente difícil. Some-se a isso o preconceito e a falta de treinamento e experiência que estas mesmas instituições possuem com relação à homossexualidade, em primeiro lugar, e à violência doméstica ocorrida entre casais homossexuais, em segundo. Diversos autores (Coleman, 1994; Lehman, 1997; Vickers, 1996) também postulam que o preconceito internalizado é um fator extremamente relevante na violência doméstica entre casais homossexuais, afetando tanto o agressor como a vítima.

Esta forma de opressão pode contribuir para a violência nas relações homossexuais, através de duas formas distintas: primeiro, os investigadores argumentam que a discriminação social alimenta a homofobia internalizada que, por sua vez, contribui para uma baixa auto-estima, para sentimentos de desesperança e vulnerabilidade e para dificuldades em estabelecer relações íntimas baseadas na confiança e no comprometimento. Estes sentimentos

negativos podem ser expressos através da violência. Por outro lado, o impacto emocionalmente nefasto desta estigmatização reforça a posição de subordinação e desesperança das vítimas, assim como erige uma barreira que as impede de procurarem ajuda, devido à relutância em revelar a sua identidade sexual à família, colegas e amigos. (Antunes & Machado, 2005: 8)

No caso do agressor, o preconceito internalizado pode fazer parte de uma baixa auto-estima ou inadequação sexual que o indivíduo procura aumentar exercendo poder sobre seu parceiro (Byrne, 1996; Curtis, 2002). Também pode ocorrer que o parceiro represente elementos de sua própria identidade sexual, aspectos estes com os quais o agressor se sente desconfortável. No caso da vítima, o preconceito internalizado pode fazê-la acreditar que o relacionamento, em si mesmo, é errado - uma manifestação de sua sexualidade “doentia” - , que a violência é apenas um outro aspecto de uma relação “perversa”, fadada ao fracasso, e que ela é, de alguma forma, merecedora ou culpada pela violência. Na verdade, o mito de que a vítima é, de alguma forma, culpada pela violência, está presente tanto em relacionamentos heterossexuais como em homossexuais. Compartilhado pelo agressor, pela vítima e pela sociedade de um modo geral, esta crença se apresenta como um dos principais fatores que impedem um indivíduo de abandonar uma relação violenta.

Tal como vimos acima, em situações de violência doméstica entre casais gays, o preconceito sexual provoca diferenças na forma pela qual os homossexuais são tratados pela sociedade, no modo como compreendem seu relacionamento e na opção que fazem, ou não, de procurar ajuda. Devemos apontar, ainda, para o fato de que o preconceito também está relacionado com duas dinâmicas muito características da violência doméstica entre casais homossexuais: a ameaça de revelação da homossexualidade e a soropositividade. Deste modo, uma forma adicional de violência psicológica que pode ser experienciada por homossexuais é a ameaça que o agressor faz de revelar a orientação sexual de seu parceiro para familiares, amigos e chefes, caso este não ceda à suas demandas de controle e poder (Island & Letellier, 1991; Lundy, 1993). Neste sentido, não podemos subestimar o medo que advém da possibilidade de perder conexões humanas valiosas, assim como de ter problemas relacionados com a custódia de filhos pequenos, e perda de emprego ou moradia, por exemplo. No caso do parceiro já ter assumido sua homossexualidade, o agressor pode convencê-lo de que, caso decida procurar ajuda para sair da relação,

as pessoas serão preconceituosas e pouco prestativas, o que, tal como foi exposto anteriormente, possui uma grande probabilidade de ocorrer.

Além da violência doméstica entre casais homossexuais ocorrer em um contexto de preconceito sexual, diversos autores sugerem que este fenômeno também é fortemente afetado pelo status de contaminação pelo vírus do HIV, tanto do agressor quanto da vítima, atuando como um poderoso elemento estressor que precipita incidentes de violência, simultaneamente dificultando que a vítima abandone o agressor (Cruz & Firestone, 1998; Letellier, 1994). Nos casos em que um ou ambos parceiros são HIV-positivo, as constantes agressões físicas e sexuais podem tornar-se letais (Warters, 1989). De acordo com alguns estudos, homens HIV-positivo possuem maiores chances de serem agredidos física e psicologicamente, situações nas quais o agressor ameaça de revelar a soropositividade do parceiro, restringe acesso a medicação e serviços médico-assistenciais, ou acusa o parceiro de ter contraído o vírus propositalmente (Greenwood e cols., 2002; Merrill & Wolfe, 2000; Zierler e cols., 2000). A vítima HIV-positivo também pode continuar na relação por medo de desenvolver AIDS e morrer sozinha, e, caso tenha um grau elevado de preconceito internalizado, este pode ser potencializado pelo preconceito contra portadores do vírus HIV, diminuindo, ainda mais, sua disposição interna para abandonar o relacionamento. Nas situações em que o agressor é HIV-positivo, seu parceiro pode se sentir culpado de abandoná-lo, ou interpretar a violência como uma consequência da doença ou de efeitos colaterais do coquetel de remédios (Curtis, 2002). Com frequência, o agressor HIV-positivo finge estar doente para evitar que o parceiro o abandone, ou volte para cuidar dele, caso já tenha abandonado a relação. De acordo com Letellier (1996), em casos mais graves, o agressor deliberadamente contamina seu parceiro.

De um modo geral, a violência doméstica entre casais homossexuais é um assunto cercado de uma série de mitos que precisam ser reconhecidos e desconstruídos, na medida em que afetam a atitude dos indivíduos frente às suas dificuldades e nossa disposição, como sociedade, de prover serviços adequados para este setor da população. Dentre os mitos mais comuns com relação a este tema, dois surgem com bastante frequência: a agressão é sempre cometida por um homem contra sua parceira mulher, e os homossexuais têm mais facilidade em terminarem seus relacionamentos do que casais heterossexuais.

O mito de que a agressão é sempre cometida por um homem contra sua parceira mulher se baseia em dois pressupostos distintos: a idéia de que homens nunca são vítimas de violência doméstica e de que mulheres não são violentas. Em primeiro lugar, aceitar que alguns homens podem ser vítimas (tanto de outros homens como de mulheres) contradiz todos nossos estereótipos sobre masculinidade.

Um homem jamais deve ser submisso, medroso (indício de covardia), sentimental. Deve resistir à dor sem reclamar muito (“homem não chora”); deve ter porte altivo, “ másculo”, e olhar que nunca se abaixa diante do desafio de outro homem. (Sabino, 2000: 92)

Assim, em algumas ocasiões, considera-se aceitável que um homem seja violento e, caso seja agredido, deve ser capaz de defender-se (Califia, 1986; Island & Letellier, 1991). No caso da violência entre lésbicas a negação de que uma mulher possa agredir outra parece ser ainda mais grave, pois esbarra no discurso feminista de que a violência doméstica é decorrente das diferenças de poder entre os gêneros. Se nossa sociedade tem dificuldade em responsabilizar homens por serem violentos, acusar uma outra mulher de agressão torna-se, muitas vezes, impensável.

Em segundo lugar, uma decorrência do mito acima é acreditar que o agressor é sempre maior, mais forte e mais “masculino”. Esta crença, que advém da nossa experiência com a violência doméstica heterossexual, assim como de atitudes a respeito de papéis de gênero tradicionais, faz com que desenvolvamos estereótipos de como agressores e vítimas devem ser e agir. Além deste mito estar baseado apenas nos aspectos físicos da violência doméstica, ele nos faz esquecer que a violência, de um modo geral, se refere a controle e poder, não a tamanho ou força. Este tipo de raciocínio também dificulta identificar, durante uma briga, quem está agredindo e quem está sendo agredido, não sendo incomum que, ao presenciar cenas de violência entre homossexuais, pensemos que a situação é apenas “uma briga de casal” ou uma “briga justa entre iguais”. Enquanto é verdade que determinados indivíduos, denominados por alguns autores de “participantes”, reagem às agressões, a violência doméstica nunca é mútua (Antunes & Machado, 2005; Island & Letellier, 1991; Marrujo & Kreger, 1996). Ao passo que o agressor utiliza violência para controlar seu parceiro, este reage da

mesma maneira para se defender ou tentar parar a agressão (Burstow, 1992). Neste sentido, devemos lembrar que a violência doméstica não é um problema de gênero, mas sim uma questão de poder. Mesmo quando duas pessoas são do mesmo gênero, diferenças de poder (derivadas, por exemplo, da dinâmica inerente à relação, status financeiro, classe social, escolaridade, raça, grau de assunção da homossexualidade ou contaminação pelo vírus do HIV), existem e podem ser usadas como mecanismos para controlar o parceiro.

No que se refere ao mito de que os homossexuais têm mais facilidade em terminarem seus relacionamentos do que casais heterossexuais, pode-se dizer, de um modo geral, que indivíduos não familiarizados com a dinâmica inerente ao fenômeno da violência doméstica com frequência acham inconcebível que a vítima não termine o relacionamento assim que as agressões começam. Apesar desta parecer ser a solução mais “óbvia”, terminar o relacionamento é, na maioria dos casos, a decisão mais difícil de ser tomada. Em primeiro lugar, a vítima é, muitas vezes, dependente financeira e/ou emocionalmente de seu parceiro. Pode, igualmente, minimizar a gravidade da violência, acreditar no mito de que ela é responsável ou merecedora da agressão, que o parceiro a ama e de que a violência diminuirá com o tempo.

Da mesma forma, estes indivíduos podem não ter a quem recorrer. Dado que o agressor com frequência isola seu parceiro de contatos com familiares e amigos, é possível que estes não estejam a par da situação ou que se recusem a acreditar nela. Assim, não é incomum que familiares e amigos se neguem a aceitar a realidade da violência, critiquem ou culpem a vítima por sua ocorrência e a encorajem a voltar para o agressor, sugerindo-lhe resolver o “problema” com seu parceiro. Por outro lado, optar por afastar-se do agressor pode significar deixar para trás objetos pessoais, moradia, emprego e cidade. Abandonar uma situação de violência doméstica requer auto-estima, coragem, autoconfiança e apoio externo, elementos que foram sendo pouco a pouco minados pela convivência com o agressor. Por outro lado, as ameaças se tornam mais frequentes quando a vítima decide terminar a relação e, de modo geral, incidentes de violência doméstica tendem a aumentar (chegando inclusive a casos de assassinato) depois que a vítima abandona o agressor (Walsh, 1996).

No caso dos homossexuais, as dificuldades em abandonar o agressor são ainda maiores. Em primeiro lugar, assumir estar em um relacionamento violento

significa, na maioria dos casos, revelar sua orientação sexual para uma série de indivíduos (incluindo familiares, amigos, colegas de trabalho, chefes e estranhos de uma forma geral), atitude que muitos indivíduos preferem não tomar devido ao medo de perder relacionamentos pessoais valiosos, custódia de filhos, emprego e moradia (Elliot, 1996). Além desta dificuldade, grande parte dos homossexuais (independente de serem ou não assumidos) não podem contar com apoio e compreensão por parte de suas famílias de origem, aliado ao fato de que a comunidade homossexual tende a negar a existência deste tipo de violência, o que aumenta ainda mais a sensação de isolamento. Por outro lado, mesmo em grandes centros urbanos, as comunidades homossexuais são relativamente pequenas, o que impede a manutenção da privacidade e o conseqüente abandono do agressor sem que a vítima possa ser facilmente achada. Mesmo que, depois de enfrentar todos estes obstáculos, a vítima decida abandonar a relação, é muito provável que esta ainda tenha que lidar com psicólogos, assistentes sociais, médicos, advogados, juizes e policiais possivelmente preconceituosos, dada a inexistência de serviços especializados para atender às necessidades desta população.

O mito de que homossexuais, pelo fato de não estarem legalmente casados, teriam mais facilidade (emocional e financeira) em abandonar a relação se baseia em preconceitos e assunções errôneas a respeito da natureza das relações amorosas homossexuais, pois casais do mesmo sexo estão tão envolvidos em seus relacionamentos quanto casais heterossexuais. Primeiramente, mesmo que alguns homossexuais não estejam economicamente ligados a seus parceiros, muitos, de fato, dependem financeiramente destes. No caso do casal coabitar a algum tempo é bastante provável que este tenha adquirido bens em comum, tais como carros e casa, por exemplo, e fazer a divisão destes bens sem qualquer amparo legal torna-se extremamente complicado. Em segundo lugar, acredita-se que a existência de filhos dificulta o abandono da relação, e que o fato dos homossexuais não terem crianças pequenas vivendo com eles seria um ponto a seu favor. Esta crença é refutada por uma série de autores (e. g. Badgett, 1998), que postulam que aproximadamente 32% dos homossexuais são pais ou cuidam de crianças menores de 18 anos. Vale lembrar que a violência doméstica possui um impacto profundo em crianças, independente destas também serem ou não diretamente agredidas, e visto que o reconhecimento da existência de pais homossexuais é um fenômeno

relativamente recente, a literatura sobre os prejuízos da violência doméstica entre casais gays sobre crianças é praticamente inexistente.

Em terceiro lugar, é preciso refutar os estereótipos de que todos os homossexuais são promíscuos, que seus relacionamentos são sexuais (mas não amorosos), e que estes indivíduos são incapazes de estabelecer relações amorosas duradouras. Tal como mencionamos anteriormente, estatísticas norte-americanas mostram que 39% dos homossexuais coabitam com seus parceiros (em contraposição a 44% da população heterossexual que é casada) e que relacionamentos de 20 anos ou mais de duração não são incomuns (Peplau & Gordon, 1991; Wilke, 1998). Ao contrário de casais heterossexuais, no entanto, gays e lésbicas tendem a estar mais alienados de suas famílias de origem devido ao preconceito e à estigmatização associadas à sua orientação sexual. Assim, homossexuais dão ainda mais valor a seus relacionamentos, visto que estes podem ser suas únicas fontes de suporte emocional. Neste sentido, pode-se dizer que o rompimento com um parceiro pode ser considerado um dos eventos de vida mais estressantes para os homossexuais. Vivendo em uma sociedade fortemente preconceituosa, é comum que casais homossexuais descrevam seus relacionamentos como tendo uma qualidade de “nós contra o mundo”, o que fortalece os vínculos entre os sujeitos. *“Se esta situação, por um lado, conduz a uma maior intensidade emocional na relação, por outro também pode gerar insegurança, ao não permitir a separação e a autonomia dos elementos da relação”* (Antunes & Machado, 2005: 7). Quando estes relacionamentos se tornam violentos, muitos gays sentem vergonha e desapontamento, pois acreditam que não foram capazes de refutar o estereótipo de que as relações homossexuais são, em si, perversas e, portanto, inevitavelmente fadadas ao fracasso.

A definição da violência doméstica como um problema heterossexual, as campanhas de educação do público nesse sentido, assim como as crenças e estereótipos citados acima, fazem com que homossexuais que se encontram em relações agressivas tenham dificuldade em definir seus problemas como decorrentes de violência doméstica. E, mais grave ainda, com poucos modelos positivos de relacionamento homossexual nos quais se basear, podem acabar acreditando e aceitando a violência como uma forma “normal” de relacionar-se (Vickers, 1996).

A falta de modelos saudáveis de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo permite aos abusadores convencer seus parceiros de que seu comportamento (abusivo) é normal. A vítima é levada a crer que qualquer problema que ela tenha com este comportamento é um reflexo de sua falta de experiência ou entendimento dos relacionamentos homossexuais. (Lehman, 1997: 56; tradução nossa)

Levando em consideração que o preconceito na nossa sociedade faz com que muitos indivíduos neguem a existência de relacionamentos homossexuais estáveis, admitir a realidade de que alguns destes casais possam estar envolvidos em situações de violência doméstica torna-se quase inimaginável. Some-se a isso o fato de que a comunidade homossexual, de um modo geral, adota uma “conspiração do silêncio” com relação a este tema, fazendo com que a violência doméstica entre casais gays se transforme em um “segundo armário”⁹⁹.

Primeiramente, acredita-se que a discriminação sofrida por homossexuais os leve a proteger seus relacionamentos a todo custo, idealizando-os como igualitários e seguros, em contraposição aos relacionamentos heterossexuais, nos quais as diferenças de poder entre os gêneros provocariam o surgimento de problemas conjugais. Tal como visto anteriormente, se para a maioria dos homossexuais já é extremamente difícil assumir sua orientação sexual, dar-se conta de que seu relacionamento amoroso é violento pode tornar-se um processo ainda mais doloroso. Em um sentido semelhante, mesmo depois que a existência de violência doméstica é constatada, muitos homossexuais hesitam em lidar com o problema por temor em reforçar estereótipos negativos de que a homossexualidade é uma “doença” ou “perversão”, ou pelo medo que este tipo de informação seja usada contra o grupo, impedindo, por exemplo, ganhos legais tais como os direitos a casais do mesmo sexo e a adoção de crianças (Hamberger, 1996; Leland, 2000).

Na nossa sociedade, os conceitos de “homossexualidade” e “doméstico” são vistos de algum modo como opostos, o que faz com que o problema da violência doméstica entre casais homossexuais não seja reconhecido, provocando a quase inexistência de serviços especializados em atender este setor da

⁹⁹ Utilizamos a expressão “segundo armário” em referência ao termo norte-americano “*to come out of the closet*” (sair do armário), que, tal como vimos anteriormente, significa assumir a homossexualidade. A assunção da homossexualidade seria, assim, o “primeiro armário”, enquanto que a admissão da existência de violência doméstica entre casais homossexuais caracterizaria o “segundo”.

população. Assim como os heterossexuais, homossexuais vítimas de violência doméstica tendem a negar a existência da agressão e raramente procuram ajuda, fato ao qual, no caso dos gays, soma-se o preconceito e a omissão da sociedade em aceitar a validade de seus relacionamentos (Babbitt, 1997). Desta forma, muitos homossexuais evitam procurar ajuda policial, legal, médica ou psicológica com medo de serem re-vitimizados através de discriminação, rejeição e humilhação por parte de instituições que possuem uma história de exclusão e hostilidade com relação a gays e lésbicas (Mordcin & Wyers, 1990).

No que se refere aos serviços sociais e abrigos disponíveis para vítimas de violência doméstica, devemos apontar que a maioria destas instituições se destina a acolher mulheres heterossexuais, sendo praticamente inexistentes para homens (gays ou não). Nos Estados Unidos e na Europa, programas exclusivamente direcionados a gays são escassos e limitados aos grandes centros urbanos (Snow, 1992). No Brasil, por exemplo, não fomos capazes de encontrar serviços voltados especificamente a este setor da população, ao passo em que as agências existentes parecem não possuir um grau de conhecimento ou treinamento adequado para efetivamente servir homossexuais em relacionamentos violentos. No caso das lésbicas, acredita-se que estas poderiam utilizar serviços direcionados a mulheres heterossexuais, mas como os abrigos estão abertos para todas as mulheres é possível que a vítima não se sinta segura, visto que a agressora pode ter acesso ao local (Lundy, 1993; Ristock, 1994). O preconceito existente nestes locais também não pode ser minimizado, e muitos homossexuais acabam por se sentir desconfortáveis utilizando estes tipos de serviço.

Apesar da violência doméstica entre casais do mesmo sexo ser um problema tão sério e prevalente quanto a violência doméstica heterossexual, o preconceito tem feito com que gays vítimas deste tipo de agressão não tenham acesso ao apoio psicológico, social e legal que precisam para poderem abandonar estes relacionamentos (Merrill, 1996). Sem campanhas de informação adequadas ou imagens positivas de relacionamentos homossexuais, aliado à relutância da comunidade homossexual em discutir o tema, muitas vítimas de violência doméstica não são capazes de reconhecer seus relacionamentos como agressivos e de procurar ajuda neste sentido. Contribui para a gravidade do problema o fato de que, de acordo com Lehman (1997), o processo de socialização experienciado por homossexuais com frequência inclui estigmatização, segredo, encobrimento,

isolamento e medo de abandono, elementos que fazem com que mesmo aqueles indivíduos que reconheçam problemas em seus relacionamentos tenham em procurar ajuda. E, tal como vimos acima, caso o façam, provavelmente não receberão assistência adequada. Como nos apontam Antunes e Machado: “*a homofobia, a discriminação e o estigma que existem na nossa sociedade em relação à homossexualidade constituem uma aceitação implícita da violência*” (Antunes & Machado, 2005: 10). Desta forma, na medida em que relacionamentos homossexuais são cada vez mais aceitos e legitimados, tanto pela comunidade gay, quanto pela sociedade mais ampla, precisamos também reconhecer a existência de violência doméstica em algumas destas relações, desenvolvendo pesquisas e aumentando o número de serviços disponíveis tanto para vítimas quanto para agressores.

8

Estudo de campo

8.1

Metodologia

Tal como visto na introdução desta tese, os escassos dados sobre preconceito internalizado entre homossexuais masculinos provêm sobretudo dos Estados Unidos e da Europa, não existindo até o momento, tanto quanto se saiba, estudos relevantes sobre este assunto no Brasil. Esta situação fez com que optássemos por elaborar uma pesquisa qualitativa, necessária para melhor compreendermos a dinâmica do preconceito sexual internalizado e a forma através da qual a Psicologia Social pode fornecer subsídios teóricos para o trabalho com clientes homossexuais que busquem ajuda psicoterápica.

A metodologia adotada para a realização do estudo de campo constou de entrevistas individuais com homossexuais masculinos moradores da cidade do Rio de Janeiro, e os dados levantados foram posteriormente tratados através da metodologia de análise de discurso. Importante ressaltar que todas as etapas da pesquisa foram previamente avaliadas e aprovadas pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. Antes de dar início às entrevistas propriamente ditas também solicitamos que os entrevistados lessem e assinassem um *Termo de Consentimento* que os informava sobre os objetivos da pesquisa (ver Anexo 1).

8.1.1

Sujeitos

A amostra foi composta por quinze homossexuais do sexo masculino, todos adultos, entre 30 e 55 anos de idade (idade média de 43 anos), oriundos das camadas sócio-econômicas médias da zona sul carioca. Além da idade dos sujeitos, foram obtidos dados de seu grau de escolaridade, profissão e religião. Devemos ressaltar que a faixa etária foi escolhida tanto por razões teóricas quanto

metodológicas. Em primeiro lugar, indivíduos com mais de 30 anos possivelmente apresentam uma maior estabilidade identitária, se comparados a uma população mais jovem. Por outro lado, sujeitos entre 30 e 55 anos de idade viveram sua adolescência e juventude durante ou após a revolução sexual da década de 70, o que lhes permitiu usufruir de uma vasta gama de mudanças sociais, políticas, econômicas e sexuais que influenciaram, direta ou indiretamente, suas identidades. No mesmo sentido, o limite superior de idade foi estabelecido em 55 anos devido a diferenças geracionais: indivíduos mais velhos, que estabeleceram suas identidades sexuais muito antes da revolução sexual, tendem a apresentar maiores dificuldades de se assumirem como homossexuais (Lukenbill, 1999), o que prejudicaria a coleta de dados para esta pesquisa. No que se refere às razões metodológicas, acreditamos que um número maior de sujeitos concentrados em uma faixa etária relativamente pequena nos permitirá estabelecer considerações mais fidedignas sobre este segmento da população carioca. Da mesma forma, para evitar quaisquer constrangimentos decorrentes da natureza da orientação sexual dos sujeitos, foram entrevistadas apenas pessoas que se auto-definem como *gays* ou *homossexuais*, por se acreditar que, possivelmente, estes indivíduos se sentem mais confortáveis em relação à sua sexualidade e, talvez por este motivo, estejam mais abertos para falar sobre aspectos relacionados a ela.

No que se refere ao grau de escolaridade dos sujeitos, podemos dizer que a amostra se mostrou bastante homogênea: 13 entrevistados tinham nível superior completo, enquanto os outros 2 tinham começado, mas não terminado, um curso universitário. Dos que haviam terminado a universidade, 1 era pós-graduado, 2 estavam cursando o mestrado e 2 tinham o mestrado completo (sendo que um destes indivíduos estava concluindo o doutorado). No que se refere à profissão, os sujeitos se incluíam em uma vasta gama de ocupações laborais, o que desconfirma, ao menos em nosso estudo, o estereótipo de que os homossexuais tendem a se localizar apenas em setores da economia que estejam ligados à moda, beleza ou criação artística. Assim, do número total de entrevistados 4 eram psicólogos, 2 eram advogados (um destes já aposentado), e o restante se encaixava nas seguintes profissões: administrador, empresário, agente de viagens, designer gráfico, publicitário, arquiteto, professor, antropólogo e diretor de Centro Cultural.

Ressaltamos que, apesar deste não ter sido o nosso objetivo, o elevado número de psicólogos da amostra despertou nossa atenção. Levando em consideração a dificuldade de localizar indivíduos dispostos a serem entrevistados, é possível que profissionais de área de psicologia provavelmente estivessem mais disponíveis para participar deste tipo de pesquisa. Acreditamos, no entanto, que esta situação não tenha prejudicado os objetivos do estudo, pois os entrevistados falaram sobre suas experiências pessoais como homossexuais, não entrando em interpretações de natureza profissional. Entre outras características relevantes citamos o fato de que todos (exceto um) dos entrevistados eram brancos, nenhum tinha filhos próprios (apesar de 2 sujeitos participarem da educação de filhos de seus parceiros), 2 revelaram serem HIV positivos e 1 era militante. Os dados levantados a respeito da religião dos entrevistados se mostraram importantes o suficiente para serem analisados como uma categoria autônoma.

Com relação ao tipo de amostra escolhida, mencionamos que esta é uma amostra não-probabilística de conveniência, o que faz com que os dados colhidos não possam ser generalizados para a totalidade da população homossexual carioca. Assim, tendo em vista o tamanho e a natureza da amostra, ressaltamos que esta pesquisa pretende ser exploratória, e os dados colhidos serão representativos apenas de um pequeno segmento da comunidade gay do Rio de Janeiro. De acordo com Brehm e Kassin (1990), amostras de conveniência são freqüentemente utilizadas em Psicologia Social, porque acredita-se que determinados processos psicológicos sejam, em muitos aspectos, universais e uniformes, o que faz com que o tipo de amostra escolhida não influencie negativamente nos resultados da pesquisa. Em um sentido semelhante, tal como ressaltam Peplau e Gordon (1991), não existem amostras probabilísticas representativas da totalidade dos homossexuais, e qualquer estudo que tente investigar esta população estará fadado a se deparar com uma série de problemas especiais. Da mesma forma, tal como foi postulado em Nunan (2001), muitos gays não assumem sua orientação sexual e poucos são voluntários em pesquisas psicológicas. Em outras palavras, aqueles sujeitos que são mais aptos a participar de estudos tendem a ser adultos, brancos, com elevado grau de escolaridade e de classe social média, ou seja, uma amostra similar àquela coletada por nós.

Para coletar a amostra utilizamos a técnica conhecida como *snowball sampling* (ou amostragem por “bola de neve”), na qual um sujeito que os pesquisadores conheçam individualmente convida um de seus amigos para participar, que por sua vez convida mais outro amigo e assim por diante. Obviamente este tipo de amostragem só funciona com populações cujos membros se conhecem entre si, a exemplo da comunidade gay. Este tipo de técnica é particularmente utilizada em estudos qualitativo/exploratórios de grupos de indivíduos estigmatizados ou difíceis de localizar, tais como os homossexuais (Kalton & Anderson, 1986; Sudman & Kalton, 1986).

8.1.2

Coleta dos dados

Os dados foram colhidos através de entrevistas em profundidade, individuais, semi-estruturadas, gravadas e transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro e abril de 2006, com duração média aproximada de 1 hora e 20 minutos, em locais escolhidos pelos próprios sujeitos (lugares estes que incluíram suas residências ou locais de trabalho, o campus universitário da PUC-Rio ou o consultório da pesquisadora). Importante frisar também que os sujeitos não foram identificados por seus nomes reais ou por quaisquer outros dados que pudessem, de alguma forma, revelar suas identidades. Optamos por criar nomes fictícios para cada entrevistado com o intuito de tornar a leitura do material mais agradável.

A escolha pelo instrumento das entrevistas se deu por várias razões. Em primeiro lugar, entrevistas semi-estruturadas permitem um maior aprofundamento do tema investigado, e visto que o objetivo deste estudo é justamente descrever, compreender e interpretar o preconceito sexual internalizado pelos homossexuais, esta metodologia pareceu ser a mais adequada. Por outro lado, grande parte da bibliografia sobre homossexuais ou sujeitos estigmatizados é puramente teórica, o que faz com que estes indivíduos se encontrem em uma arena de discussões e argumentos detalhados sobre o que eles *deveriam* pensar sobre si mesmos (Goffman [1963] 1988). Mais interessados no significado psíquico e social do preconceito internalizado, acreditamos que as entrevistas nos possibilitem

apreender as perspectivas individuais de cada sujeito, capturando, ao mesmo tempo, seus universos sociais.

Vale ressaltar ainda que, antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita, foram realizadas duas entrevistas piloto com o objetivo principal de depurar o instrumento de pesquisa. O intuito de testar uma versão preliminar do roteiro de entrevista era o de verificar se as perguntas estavam bem formuladas, se existiam questões ambíguas ou supérfluas, constatar a adequação ou não da ordem de apresentação das questões, além de determinar se estas eram numerosas ou se, pelo contrário, necessitavam ser complementadas. Após uma análise cuidadosa das entrevistas piloto optamos por manter o roteiro inalterado, tendo acrescentado apenas uma pergunta sobre “filhos”, por acreditar que ela pudesse revelar elementos ligados ao preconceito internalizado. Visto que o tema dos filhos havia sido introduzido na primeira entrevista piloto, tendo surgido novamente na segunda, fomos capazes de aproveitar o conteúdo destas entrevistas para nossa análise final. Ressaltamos também que, tal como ocorreu em Nunan (2001), constatamos que a pergunta introdutória “*O que é ser gay para você?*” era, na maior parte dos casos, suficiente para deflagrar toda a entrevista. O roteiro de entrevista na sua forma final pode ser encontrado no Anexo 2.

8.1.3

Análise dos dados

A avaliação do material obtido nas entrevistas foi realizada através da metodologia de análise de discurso, utilizando o modelo proposto por Nicolaci-da-Costa (1994), no qual a língua é tida como instrumento de comunicação/ação e estudada através de uma concepção mais distante do núcleo lingüístico. De acordo com esta perspectiva, a análise de discurso é abordada como uma “*forma de investigação de discursos cotidianos, sem o objetivo específico de ganhar conhecimento sobre a natureza do fenômeno lingüístico*” (Nicolaci-da-Costa, 1994: 325). O discurso dos entrevistados foi analisado intersubjetivamente (procurando o que havia de comum nas respostas dos sujeitos) e intrasubjetivamente (verificando contradições no discurso individual de cada sujeito), com as categorias de análise (do tipo temático e frequencial) definidas *a posteriori*.

Na análise das entrevistas a seguir optamos por reunir as categorias em 10 grandes grupos, a saber: religião, identidade homossexual, assunção da homossexualidade, relação com a família de origem, preconceito, relacionamento afetivo, sexualidade, saúde, terapias de conversão e preconceito internalizado. Ressaltamos, também, que muitas vezes estas categorias se superpõem e que apesar de termos criado uma categoria independente para o tema do preconceito internalizado este aparece, de um modo geral, ao longo de toda a análise. Por último, mencionamos que perguntas sobre a participação dos entrevistados na comunidade e no movimento homossexuais foram inseridas no roteiro com o intuito de investigar se esta participação estaria relacionada a um maior ou menor grau de preconceito internalizado, tal como sugerido por diversos autores (Kus, 1988; Szymanski e cols., 2001; Wagner e cols., 1994; Wilson, 1999), segundo os quais há uma correlação inversa entre estes dois fatores. O material coletado durante as entrevistas, no entanto, não nos permitiu verificar uma correlação entre estas variáveis, motivo pelo qual optamos por não incluir esta categoria na análise final. Para um estudo do tema remetemos o leitor interessado a pesquisas anteriormente desenvolvidas por nós (Nunan, 2001; Nunan & Jablonski, 2002).

8.2

Resultados

Religião

A pergunta sobre religião foi incluída no roteiro porque acreditamos que obter dados sobre este tema é fundamental quando se trabalha com preconceito sexual, posto que, tal como visto anteriormente, a maioria das religiões condena a homossexualidade (Barret & Barzan, 1996; Dworkin, 1997; LeVay & Nonas, 1995; Lynch, 1996; Melton, 1991). Da mesma forma, de acordo com Meyer & Dean (1998), acredita-se que homossexuais religiosos possuem mais atitudes negativas internalizadas com relação à sua orientação sexual do que gays que não seguem religião alguma. Assim, do total de sujeitos entrevistados todos haviam sido criados por famílias bastante religiosas, a grande maioria católica (14 indivíduos) e uma batista. Não obstante a socialização religiosa, apenas 2 entrevistados afirmaram seguir a religião de seus pais: um católico e um batista.

Eu sou católico, eu diria praticante, mas não fanático. Eu rezo antes de dormir, vou a missa com uma certa regularidade. A minha família é Católica Apostólica Romana, eu fiz primeira comunhão, meus pais também, casados na Igreja, estudei em colégio de padre, fui coroinha. Então eu tenho essa coisa da religião bem arraigada. Tanto que ao deitar eu rezo antes de dormir. Nos momentos de necessidade a religião, Deus, me apazigua, me acalma. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Alguns entrevistados relataram serem católicos não praticantes, ao passo que outros afirmaram manter algum grau de espiritualidade, mas não necessariamente ligado a uma religião em particular. Estes depoimentos parecem corroborar a idéia da diferença entre *religião* e *espiritualidade* postulada por alguns autores (Booth, 1995; Hill & Pargament, 2003; Koenig e cols., 2001; Lynch, 1996; Miller & Thoresen, 2003), assim como o fato de que desenvolver um sentido de espiritualidade separado de experiências religiosas mais formais pode mediar os efeitos negativos do preconceito religioso na vida de homossexuais (Davidson, 2000; Lease e cols., 2005; O'Neill & Ritter, 1992).

Eu cresci na Igreja Católica, mas não sigo, não pratico, nem me considero católico. Me considero um tanto agnóstico. A minha concepção de divindade não se associa a nenhum tipo de religião. Eu acredito que exista algum tipo de energia... uma coisa maior que engloba tudo. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Não tenho uma religião, mas tenho uma espiritualidade. Não sou praticante porque acho que as religiões de uma forma geral elas dogmatizam muito, então eu prefiro ter uma espiritualidade do que estar preso a dogmas. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Outros sujeitos encontraram em religiões tais como o Espiritismo Kardecista e o Candomblé respostas para questionamentos pessoais. Entre os kardecistas, alguns disseram que esta religião os ajudou a lidar com o fato de serem médiuns.

Eu fui criado na Igreja Católica a vida inteira, fiz primeira comunhão, não cheguei a ser crismado nem nada, mas o Kardecismo foi a única religião que me deu respostas a respeito de inquietação de vida que eu tinha, que respondeu minhas perguntas, que me deixou mais próximo das coisas que eu vivenciei, até de ter uma sensibilidade um pouco fora do normal, a Doutrina Kardecista me deu respostas para entender aquilo que eu tinha de ouvir e ver coisas. E quando eu comecei a desenvolver isso pararam essas coisas que eu tinha de ouvir ou de sonhar com determinadas coisas que aconteceriam. **(Sílvio, 46 anos, arquiteto)**

Eu fui criado na Igreja Católica, mas sempre dei uma escapulida para o Candomblé, para fazer um trabalhinho de vez em quando, não faz mal não. Eu

acho que o Candomblé está tão entranhado na cultura nacional... E eu acho que o fato de ser gay me levou por esse caminho também. Eu tenho muitos amigos que são do Candomblé. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Com relação à este último depoimento, mencionamos que a prática de rituais religiosos de origem africano (particularmente o Candomblé) entre homossexuais brasileiros tem sido discutida por vários autores (Fry & MacRae, 1983; Green, 1999; Parker, 1999; Trevisan, 2000). Este assunto também foi abordado por nós em trabalho anterior (Nunan, 2001), no qual observamos uma ligação explícita entre os homossexuais entrevistados e as religiões afro-brasileiras. Estes elementos não foram verificados, no entanto, na nossa amostra atual.

Alguns entrevistados relataram terem abandonado suas religiões devido à posição contrária que a Igreja Católica assume com relação à homossexualidade, adotando uma rejeição hostil de qualquer elemento ligado à espiritualidade ou a uma religiosidade considerada tradicional, dado que corrobora as pesquisas de Barret e Barzan (1996) e Clark e cols. (1990).

Eu não gosto de religiões. Eu me afastei da religião católica, de uma maneira mais firme, devido às posições políticas anti-gays que a Igreja tem assumido cada vez mais ultimamente. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Fui educado na religião católica, a família é muito católica e eu posso dizer que fui católico durante um tempo. Hoje em dia eu estou meio descrente. Acho que tem a ver um pouco com essa coisa da minha opção sexual porque acho que a Igreja Católica tem uma postura muito contrária, muito rígida, tudo é pecado, então eu acabei me afastando por causa disso. Eu não posso, teoricamente, comungar, pelo fato de eu ser homossexual... **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

O relato de um dos entrevistados revelou um conflito significativo entre sua religião e a própria homossexualidade. Este tema foi estudado por alguns autores (Buchanan e cols., 2001; Horne & Noffsinger-Frazier, 2003; Thumma, 1991; Wagner e cols., 1994) que afirmam que o preconceito de determinadas instituições religiosas com relação à homossexualidade gera conflitos psíquicos em indivíduos que acreditam que seus comportamentos estão em desacordo com seu sistema de valores.

Eu sou de uma religião Batista, que é extremamente preconceituosa com relação à homossexualidade. Eu gosto do Deus da Igreja Batista, eu pratico a minha fé, mas algumas informações pessoais como essa de ser gay, eu não tenho como revelar. Te dá uma situação de conflito, você fica meio dividido. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

De acordo alguns estudos (Booth, 1995; Lynch, 1996; Sophie, 1987), este conflito deve ser trabalhado através de psicoterapia ou aconselhamento espiritual. No caso deste entrevistado, foi o pastor da sua Igreja que o ajudou, em parte, a resolver o conflito, apontando para ele que quando existe sentimento amoroso entre dois homens ou duas mulheres a relação homossexual não pode ser considerada pecaminosa.

Na verdade a questão de ser gay para mim sempre esteve relacionada ao sentimento. O meu grande amigo era o pastor e ele foi a primeira pessoa para quem eu falei que era gay. Ele sabia da minha situação, e uma coisa que ele deixou muito clara para mim foi a questão do sentimento. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Um outro entrevistado também mencionou o tema do amor, mas em um outro sentido. Para ele, Deus amaria todas as pessoas da mesma forma, independente da orientação sexual ou características pessoais destas.

Para mim não há essa contradição imposta pela Igreja (*entre homossexualidade e religião*). Eu não consigo ver isso porque para mim Deus ama todos de uma maneira igual, não importa se são brancos, pretos, altos, baixos, homos, heteros, prostitutas, ladrões, não tem isso. Então aceitar a minha homossexualidade e ser um católico praticante não me conflitua em absolutamente nada. (...) Hoje em dia tem até uma versão da Igreja Católica que aceita a homossexualidade e também tem uma vertente dos israelitas que aceita a homossexualidade. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Apenas o entrevistado acima demonstrou conhecimento sobre a existência de denominações religiosas que acolhem minorias sexuais. Não obstante estas organizações ainda existirem em número bastante reduzido no Brasil, acreditamos que elas possuem uma importância fundamental na resolução do conflito entre fé e homossexualidade experienciado por muitos indivíduos.

Identidade homossexual

A pergunta “O que é ser gay para você?” iniciava o roteiro de entrevistas propriamente dito, posto que, na maioria dos casos, ela deflagrava uma série de outras questões, reduzindo a necessidade de intervenções por parte do pesquisador. Enquanto um entrevistado afirmou ainda estar em busca dessa resposta, outros ofereceram discursos bastante objetivos do que era ser gay, resumidos na idéia de que ser homossexual é “sentir atração sexual e afetiva por pessoas do mesmo sexo biológico”. Esta definição de homossexualidade é praticamente igual à estabelecida por nós na introdução deste trabalho.

Gay ou homossexual para mim é uma pessoa que tem desejo pelo mesmo sexo. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Ser gay é sentir atração por um outro homem. Eu sinto atração por outro homem e me sinto bem convivendo com outro homem. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Para alguns entrevistados, ser gay era apenas mais um aspecto de sua personalidade, pois sempre se perceberam dessa forma, o que corrobora as teorias de Troiden (1985, 1989) de que a identidade homossexual seria apenas uma de uma série de identidades incorporadas no *auto-conceito* de um indivíduo.

Ser gay para mim é um aspecto da minha personalidade, é apenas uma questão da minha preferência sexual, minha orientação erótica. E isso não é tão fundamental porque eu também sou flamenguista, brasileiro, gosto de jazz. Várias outras coisas da minha personalidade com as quais eu poderia me identificar e elas não têm esse peso todo como o ser gay. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Eu não sei o que é não ser gay. Eu não penso muito se sou gay ou se não sou gay, eu sou eu, então não faço muito essa distinção. Eu tenho orgulho de ser quem eu sou porque eu conheço muita gente dentro de armário, dentro de gaveta, não podendo sair. Ser gay para mim é uma questão de eu me sentir bem. (...) Se eu for listar para você os itens mais importantes da minha vida ser gay não vai estar lá na cabeça não, vai estar do meio para baixo. Tem muitas coisas muito mais importantes para mim, por exemplo meu caráter, minha educação, formação, cultura, profissão. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Não sei, porque eu nunca conheci outra coisa. Então é a mesma coisa que eu perguntar para você o que é ser mulher. Existem milhões de significados. Mas eu diria que ser gay para mim não é diferente do que ser qualquer outra coisa. A identidade sexual, o ser gay como identidade sexual para mim se dilui em

qualquer outra característica minha, ainda que o fato de ser gay seja relevante. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Com relação ao tema dos rótulos, podemos dizer que alguns entrevistados preferiram não se rotular, enquanto outros se consideravam bissexuais ou, pelo menos, disseram que gostariam de ser, posto que isto lhes proporcionaria um número maior de possibilidades sexuais. Para estes indivíduos, ser homossexual era uma orientação sexual tão limitada quanto ser heterossexual.

Ser gay para mim é eu ter um relacionamento homossexual. Na verdade, em termos de orientação sexual eu me consideraria bissexual porque eu sinto atração pelos dois sexos, embora seja mais por homens do que por mulheres. Mas eu me considero gay porque eu vivo um relacionamento homossexual e isso, para mim, é determinante. **(Thiago, 38 anos, designer)**

A minha opção sexual é pelo masculino, eu sinto atração pelo ser masculino. Agora, o que eu gostaria mesmo de ser é de sentir atração por todos, ter todas as possibilidades de atração sexual, porque eu acho que o homossexual acaba que fica na mesma esfera que o hetero. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Quando eu me descobri gay essa palavra nem era usada... Acho que ser gay é ter certeza que a minha orientação sexual é por homens. Não só sexual, mas afetiva também. Eu não sou muito de rotular as coisas... **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

O entrevistado acima, o mais velho da nossa pesquisa, apontou para o fato de que homossexuais de sua faixa etária tiveram que lidar com a própria orientação sexual em uma época onde termos de conotação mais positiva como “gay” eram pouco conhecidos. Acreditamos que esta experiência tenha tido uma importância crucial na aquisição de uma identidade homossexual mais ou menos positiva para determinados indivíduos. Ainda com relação à positividade atribuída ao termo “gay” temos o seguinte depoimento:

O termo “gay” é um pouco genérico demais. Hoje em dia, pelo menos. “Gay”, durante um tempo, para mim, até pelas origens da palavra, tinha a ver com essa coisa do “alegre”, daquele homossexual que tem um comportamento expansivo e aparece mais. Eu acho que era o mais percebido, de certa forma. E hoje em dia eu acho que o gay ganhou níveis mais sutis. Assim, há gays mais abertos, mais expansivos, que combinam mais com o termo “gay” do que outros. Alguns são mais “gays” do que outros, no sentido da palavra... **(Thiago, 38 anos, designer)**

Apesar de não terem utilizado especificamente o termo “identidade”, alguns entrevistados mencionaram que ser homossexual implicava em determinados comportamentos ou “estilo de vida” diferentes dos experienciados pelo restante da população. Entre estes indivíduos, alguns atribuíram uma positividade ao fato de serem gays, seja pelo fato de acreditarem que homossexuais são mais “sensíveis” ou porque não precisam viver de acordo com padrões previamente estabelecidos.

Eu acho que também tem determinados comportamentos, determinadas maneiras de agir positivas... Há determinados caracteres que dizem respeito dos homossexuais que embora não deixem de ser estereotipados de uma certa forma, eu acho que são coisas boas. Então diz-se por aí, e que eu também acho que é verdade, que são pessoas muito sensíveis, muito abertas para o outro, que procuram ter uma visão mais integrada do outro. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Eu sempre brinco que ser gay é um problema para muita gente mas para mim foi uma libertação, porque eu descobri que eu não precisava cumprir um papel específico. Eu vi que podia escolher um caminho fora, que não tinha que ter um rótulo, uma embalagem que me igualasse a todo mundo. Tipo “você pode fazer o que você quiser porque você não tem que obedecer a padrão nenhum”. **(Sílvio, 46 anos, arquiteto)**

Ser gay é ser livre para você fazer as coisas que você tem vontade sem ter medo de encarar sanções da sociedade. O gay é uma forma de vida que você tem alegria, lugares certos para ir, você fica mais a vontade. Acho que na sociedade que a gente vive é uma opção sexual, mas para mim é muito mais do que isso, é uma forma de viver, de alegria, de se comunicar, de se expor. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Ressaltamos que foi o indivíduo mais novo entrevistado por nós o que adotou a postura menos otimista com relação às implicações de ser homossexual na nossa sociedade. Para este sujeito, apesar da homossexualidade ser uma orientação sexual como outra qualquer, a discriminação experienciada por gays e lésbicas fez com que ele adotasse uma postura militante com vistas a combater o preconceito.

Ser gay claro que é uma orientação sexual em mim, mas que se transformou também em uma posição política minha muito forte, ativa, militante, em função da discriminação que a gente sofre enquanto homossexual. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Dentre todos os entrevistados, nenhum disse ter escolhido ser gay, a maioria tendo percebido a própria homossexualidade desde muito cedo na vida,

tal como veremos mais adiante. Alguns entrevistados afirmaram não saberem o motivo pelo qual são gays ou não se preocuparem com o tema; outros acreditam que a orientação sexual é fruto de uma conjunção de fatores (biológicos, psicológicos e sociais), enquanto que um indivíduo acha que este questionamento é preconceituoso, pois a ciência não se preocupa em investigar as causas da heterossexualidade.

Para responder essa pergunta eu teria que aceitar responder antes a pergunta “o que causa a heterossexualidade?”. No dia em que a imprensa, o mundo, a academia, se interessarem pela causa da heterossexualidade talvez eu me interesse pela causa da homo, mas se não é tão interessante saber por que as pessoas são hetero então porque que eu me interessaria saber porque eu sou gay? Como se fosse uma condição atípica do ser humano.... **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Eu acredito que já nasce assim. Eu acredito que não tenha a ver com a minha educação não. Eu sou porque sou, porque já nasci desse jeito. Eu acho que é mais fácil também a gente achar isso. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

O entrevistado acima aponta para o tema da origem do estigma, isto é, se ele é percebido como controlável ou incontrolável. De fato, uma série de pesquisas (Burr, 1993; Mills, 1998; Whitley, 1990; Wolfe, 1998) indicam que indivíduos (sejam estes hetero ou homossexuais) que acreditam que a homossexualidade é uma condição biológica ou inata (estigma incontrolável) tendem a aceitá-la melhor. Em outras palavras, “se eu já nasci assim” não posso modificar minha orientação sexual e as demais pessoas também não podem me condenar por ela. Este mesmo argumento também é apontado pelo entrevistado abaixo.

Teve uma pesquisa para já identificar no feto se ele tem uma propensão a ser gay. Isso ia poder mostrar para a sociedade que isso não é um bando de gente perversa. Não é nada disso. É genético. Seria como dizer: “não me recriminem, me aceitem, porque isso é genético, eu não posso fazer nada contra isso. Isso é Deus que quis, já nasci assim”. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Alguns sujeitos apontaram explicações psicológicas ou de estrutura familiar para a própria homossexualidade, a maioria baseadas em teorias psicanalíticas.

Eu acredito muito na vertente da psicanálise quanto à homossexualidade. Eu tive um pai extremamente autoritário, sedutor, uma mãe extremamente protetora. Perdi meu pai muito cedo, eu tinha 8 anos. A partir daí a minha vida foi muito direcionada por mulheres. Eu acho que é uma coisa muito da sua criação, dessa trama edípica. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Dois grandes fatores concorreram no meu caso, na minha história. Um dos fatores é a figura paterna que eu tenho como referência, uma figura masculina pouco viril, pouco sensual, com a sexualidade meio velada. E pelo lado da minha mãe eu acho que eu fiquei com uma grande desconfiança das mulheres porque minha mãe tem declaradamente um preconceito contra as mulheres. Ela acha que as mulheres não são confiáveis. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Os dados expostos acima são similares aos levantados por Costa (1992), que menciona que os sujeitos com nível de escolaridade mais elevado entrevistados por ele atribuíram explicações de origem psicológica ou de estrutura familiar para a homossexualidade. Na nossa pesquisa, alguns sujeitos também mencionaram explicações de natureza religiosa, astrológica ou sobrenatural. Neste sentido, mencionamos que alguns indivíduos viam a homossexualidade como algo positivo (pois esta implicaria em uma dualidade masculina/feminina e, conseqüentemente, em uma sensibilidade maior), enquanto que os sujeitos que eram kardecistas enxergavam sua orientação sexual de um ponto de vista negativo (ser gay é um karma que precisa ser pago).

Eu penso que é espiritual. Eu tenho um pouco dessa visão kármica. Eu acho que a questão gay é para você pagar algumas coisas. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Eu nasci pisciano. É um signo que astrológicamente é marcado tanto pela dualidade quanto por uma sensibilidade mais aflorada para uma série de coisas. Até por eu ser kardecista eu vejo algumas coisas que você traz karmicamente, e também um pouco de astrologia... **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Dentro de uma concepção Espírita (Kardecista e Umbanda), se diz que a homossexualidade seria um processo avançado, já que você teria sofrido um processo de reencarnação enquanto homem e mulher, então você viveria a homossexualidade como uma forma de você trabalhar essa dualidade. Eu acho que a homossexualidade me permite enxergar isso tudo porque é o lado feminino e o lado masculino do ser. (...) Eu considero que a homossexualidade é um privilégio, ainda que possa parecer o discurso do derrotado, do oprimido, uma tentativa de crescer diante dos olhos dos outros. A homossexualidade seria um estágio mais avançado. Tanto que no Candomblé tem uma divindade, acho que é Oxalá, que é meio homem, meio mulher. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Tal como vimos anteriormente ao analisar a categoria de religião, no Brasil a ligação entre religiões de origem africana e homossexualidade parece ser

bastante significativa. Em primeiro lugar, podemos dizer que ao contrário das religiões de base judaico-cristã o Candomblé se caracteriza como um sistema aberto com grande prevalência da dualidade. Tal como lembrado pelo entrevistado acima, o Deus Criador (*Oxalá*) possui um sexo indefinido, pois metade de sua essência é feminina enquanto a outra é masculina, e outros deuses são igualmente andróginos. Acredita-se, portanto, que quando um destes santos “cai na cabeça” de um ser humano este se torna homossexual. Fry & MacRae (1983) também apontam para a forte ligação que existe entre erotismo/misticismo e entre ambigüidade/poderes excepcionais, o que permite que muitos homossexuais transformem seu estigma em vantagem social, tal como apontado por nosso entrevistado.

Praticamente todos os sujeitos, exceto 2, acreditam na existência de uma identidade homossexual. Não obstante, tal como vimos acima, para estes indivíduos a homossexualidade é apenas um dos aspectos de sua identidade, e ser gay não é em si distinto de ser heterossexual. Notamos que entre os entrevistados que acreditam na existência de uma identidade gay, a grande maioria articulou este conceito com o de subcultura homossexual, definido anteriormente neste trabalho. Assim, definimos subcultura como uma ideologia articulada coerentemente em um conjunto de significados, crenças e comportamentos, além de ser uma forma complexa de interação e organização social (Kates, 1998). Os conteúdos de uma subcultura incluem significados, códigos, linguagem, normas, valores, costumes, pontos de encontro, atividades, instituições e tradições.

Eu acho que existe em termos de um comportamento, de um estilo de vida, de uma maneira de se vestir, se comportar, de freqüentar determinados lugares, tem uma coisa de estética. Nesse sentido e também no sentido de valores.
(Gabriel, 49 anos, psicólogo)

Eu vejo isso hoje em dia. É o que eu chamo de “gay padrão”, que eu acho muito chato. Nunca precisei de lugares gays para me sentir a vontade, hotéis, bares gays. O rótulo de lugar gay, dessa identidade gay que existe na forma de vestir, caminhar, falar, no linguajar, sempre achei muito chato, bobo e fora de contexto. Tenho até as vezes umas brigas de vez em quando com amigos meus porque eu fico falando: “pelo amor de Deus, está de uniformezinho gay?” Aquelas mesmas roupas que gays usam sempre, aquela mesma calça, blusa.... É quase como se a pessoa dissesse: “eu preciso ter um uniforme do grupo para ter uma identidade”. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

O entrevistado abaixo mencionou dois temas bastante importantes nesse sentido: a adoção desta identidade específica permite que os gays sejam reconhecidos como tais, e que os padrões desta identidade estão cada vez mais internacionalizados.

Acho que existe sim. Porque é tão fácil você, enquanto gay, estar na rua e identificar outros gays, que isso me diz que existem uns sinais, uns recortes culturais específicos dessa população. E aí, para o bem ou para o mal, diferencia. Você tem uma internacionalização dos padrões desse comportamento porque não é absolutamente nada diferente ser gay no Rio de Janeiro e ser gay em Nova Iorque ou em Paris. Os gostos são os mesmos ou pelo menos os objetos de desejo para consumo são formatados da mesma forma. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Para outros sujeitos, devido aos vários subgrupos existentes dentro da comunidade homossexual do Rio de Janeiro (Nunan, 2001), não haveria uma identidade gay única, mas várias identidades distintas unidas apenas pelo fato destes indivíduos sentirem atração por pessoas do mesmo sexo biológico.

Eu acho que o universo gay é cada vez mais diversificado. Você tem, por exemplo, homens gays que são extremamente efeminados, tem os que gostam de travestis, tem os chamados “ursos”, que são homens super peludos com um padrão visual extremamente masculino, mas um comportamento totalmente homossexual, tem os bissexuais, que meio que transitam de um lado e do outro... **(Thiago, 38 anos, designer)**

Eu acho que existe uma identidade gay em termos de padrões comportamentais, de vestimenta, linguagem e locais. Você consegue identificar. Mas acho que não existe só uma identidade, é uma gama enorme. Uma vez até saiu no jornal os tipos de gays e tinha lá o gay enrustido, o assumido, o urso, a *Barbie*, vários tipos. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Acho que existem várias identidades gays na verdade. Essa pergunta me faz lembrar de uma reportagem que eu vi a uns tempos sobre estereótipos gays, o urso, a *Barbie*, a bicha borboleta, o intelectual. Eu acho que há esses vários estereótipos e que cada um desses estereótipos correspondem a uma identidade porque são tão variados... É claro que tem pontos em comum. Eu acho que o grande ponto em comum mesmo é a atração física por pessoas do mesmo sexo, e um relacionamento sexual com pessoas do mesmo sexo. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Alguns sujeitos se enquadraram espontaneamente em um dos subgrupos homossexuais discutidos acima.

Em termos de vestimenta tem dias que eu sou super careta, uso roupa social e tal, e tem dias que eu sou mais moderninho, adoto uma identidade gay. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

De acordo com esses estereótipos que eu mencionei agora há pouco eu acho que eu me enquadraria mais no do intelectual. Não digo isso pretensiosamente não, é só uma referência. Tenho de fato uma vida intelectual muito rica, atualmente estou começando um Mestrado. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Questionados sobre o motivo pelo qual esta identidade existiria na nossa sociedade, a maioria dos entrevistados disse que este fenômeno era fruto do preconceito e da discriminação, que faz com que homossexuais precisem circular em guetos.

Existe uma identidade gay, um mundo gay. Esse mundo hoje existe por conta da discriminação, porque o gay acaba criando esse mundo porque de certa forma ele não consegue participar do resto da sociedade. Para poder se sentir livre, ele cria os guetos. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Tal como vimos anteriormente, enquanto alguns sujeitos interpretam a identidade homossexual como algo positivo, relacionando-a com características tais como “alegria” e “inteligência”, outros acreditam que adotar uma identidade gay é uma batalha constante por sobrevivência e que a alegria, na verdade, é uma forma de esconder um profundo sofrimento.

Eu acho que existem várias identidades gays. Dentro do mundo gay tem várias tribos, mas eu acho que a identidade maior do gay é essa alegria, a inteligência, o bom humor. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Eu conheço várias pessoas que parecem, como o termo gay diz, “alegres” mas são pessoas extremamente tristes, aquilo é uma fantasia para encobrir ou para não encarar o problema, a tristeza. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Enquanto homossexual eu tenho que lutar para sobreviver, enquanto que a heterossexualidade é uma questão definitiva, naturalizada, é uma questão que não suscita dúvida, contradição. Ela está tão bem estabelecida que a gente não precisa se debater por ela, enquanto que a minha afirmação como homossexual eu tenho que fazer uma batalha 24 horas por dia, 365 dias por ano, para me impor, sobreviver. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Alguns entrevistados afirmaram serem contra a idéia de uma identidade homossexual, seja porque “não conseguem enxergar o mundo dessa forma”, ou por acreditarem que ela remete a categorias médicas. Outros postulam que o conceito é necessário no momento histórico atual para a obtenção de determinados ganhos sociais e legais, mas a medida em que o preconceito contra homossexuais

diminuir a noção de uma identidade homossexual específica não fará mais sentido.

Eu acho que existe uma identidade gay sim e não concordo. Inclusive, se a gente falar nessa coisa da identidade, a gente tem uma linguagem, um modo de vestir, um *way of life* completamente diferente. E eu não percebo a vida, o mundo, dessa forma. Existe, sim, uma identidade feminina e uma identidade masculina. Para mim é desconfortável atrelar esses conceitos à homossexualidade. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

A questão da identidade é importante para que você possa vir a desenvolver projetos... **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Eu imagino que quanto menos preconceito houver menos vai ser importante a idéia de ser gay, menos isso vai ter importância na sociedade. Isso vai ser uma característica a mais da minha personalidade, e não vai ter esse peso todo que ainda tem hoje. Eu aceito essa postura, essa identidade, porque eu imagino que alguns ganhos sociais e políticos que a gente ainda precisa conquistar para ter uma vida mais tranqüila, só vão se dar dentro desse espectro, desse embate. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Apesar de não termos feito uma pergunta específica sobre se os próprios sujeitos adotavam uma identidade homossexual ou não, alguns falaram sobre este assunto. Deste modo, um entrevistado mencionou adotar uma identidade fluida, outro disse que adota uma identidade gay mas não “levanta bandeiras”, enquanto outro indivíduo disse preferir o termo “*queer*” ao de “identidade”, pois o considera mais amplo. Lembramos que o conceito de *queer* surgiu nos Estados Unidos na década de 90, fruto dos *lesbian and gay studies*. *Queer* é um termo inclusivo que abrange uma série de identidades sexuais culturalmente marginais (gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis, sadomasoquistas, *cross-dressers*, entre outras), posteriormente dando origem ao que ficou conhecido como *Queer Theory* (Jagose, 1996).

Eu gosto muito da idéia do *queer*, que é muito mais geral, no sentido de que não cai em nenhum modelo. No *queer* cabe todo mundo que não se encaixa nos padrões pré-estabelecidos, principais, de comportamento, nessa área erótica. Eu gosto de me identificar com o *queer*. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

A pergunta “Como é que você se vê?” foi introduzida com o objetivo de verificar se os sujeitos possuíam um auto-conceito negativo de si mesmos, o que poderia indicar alguns elementos de preconceito internalizado. No entanto, a maioria dos indivíduos entrevistados disse possuir uma imagem positiva de si

mesmos e de suas realizações na vida. Enquanto alguns não entraram em maiores considerações sobre o assunto, outros falaram de aspectos gerais de sua personalidade que não estavam ligados à homossexualidade. Acreditamos que tenhamos obtido estas respostas pelo fato de termos entrevistados homossexuais assumidos, alguns já há muitos anos, indivíduos estes que, possivelmente, se sentem mais confortáveis com relação à sua orientação sexual. Tal como discutido anteriormente no capítulo sobre identidade gay, à medida em que o indivíduo passa de um estágio para outro de aquisição de uma identidade homossexual, sua auto-percepção muda de negativa e ambivalente para uma visão mais positiva e de maior aceitação da homossexualidade. Este fenômeno, por sua vez, também aumenta o bem-estar psíquico do sujeito, que passa a entender a identidade gay como algo viável.

Eu me vejo mais tranqüilo, mais em paz com o meu desejo. Não estou mais preocupado em por que eu sou gay, então isso é um alívio. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Eu me percebo cada vez melhor na medida em que eu consigo me compreender melhor, e que, por me entender melhor, me ver melhor, acabo conseguindo lidar melhor com as adversidades que são colocadas à minha frente. Ainda que, ao mesmo tempo, cada vez mais essas dificuldades me tornem um pouco mais amargo, mais cínico, indiferente a muitas coisas que antes eu atribuía valor. Eu me considero muito melhor hoje, muito mais maduro. Lamento que as coisas, ao longo de toda uma vida, tenham sido da maneira que foram, ainda que eu tenha dado o melhor de mim, ainda que eu tenha tentado resistir da maneira mais brava e sobreviver. E eu espero que esse crescimento, essa auto-percepção de uma melhora, seja constante. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Um entrevistado em particular relatou se sentir realizado por ter conseguido manter uma relação amorosa estável com outro homem durante quase 30 anos e de receber o apoio de sua família nesse processo.

Eu me vejo como uma pessoa realizada. Acho que eu sou uma exceção hoje em dia porque muito novo eu realizei uma coisa que eu queria: com 26 anos eu encontrei uma pessoa, a gente se apaixonou e vivemos juntos até hoje. Então acho que a gente construiu uma coisa juntos, foi acontecendo muito naturalmente. Ele começou a participar das reuniões de família... Meus sobrinhos hoje chamam ele de tio, já nasceram sabendo disso e tratando da mesma forma. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Enquanto alguns indivíduos afirmam adotar um postura claramente gay, isto é, se posicionam socialmente dessa forma, outros relatam não terem

problemas em falar sobre sua orientação sexual, mas que não fazem “alarde” sobre ela. Na nossa opinião, estes indivíduos se encontrariam nos estágios mais avançados de aquisição de uma identidade homossexual, momento no qual a identidade gay perde importância e se transforma em apenas uma das várias identidades no auto-conceito do indivíduo.

Eu sou maduro, assumido. Eu me posiciono como gay, adoto, inclusive, essa postura claramente. E bem resolvido em relação à isso, tranqüilo. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Eu me vejo como um ser humano, da espécie macho, e que sexualmente tem prazer com outro da sua espécie, igual à mim. Eu não me vejo... não consigo me diferenciar e dizer “eu sou gay então preciso usar determinadas coisas, frequentar determinados lugares”. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Se alguém perguntar se eu sou gay eu respondo, mas não vou sair por aí com uma legenda dizendo que sou porque isso cria estereótipos. Mas se alguém me perguntar sinceramente por uma coisa de trabalho, uma coisa honesta, digna, eu digo que sou. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

A pergunta “Como você acha que os outros te percebem?” foi introduzida com o objetivo de verificar a *identidade percebida* dos sujeitos, isto é, a identidade que é ativada em contextos sociais onde o indivíduo acredita que outros o percebem como homossexual. Assim, perguntados sobre como eles achavam que outras pessoas os percebiam, os entrevistados deram respostas variadas. Alguns indivíduos disseram não estarem preocupados com o assunto, enquanto outros achavam que eram vistos de forma negativa por outras pessoas. Esta visão mais negativa, no entanto, não era derivada da homossexualidade em si, mas de características de personalidade do indivíduo em questão. Um entrevistado em particular relatou ser percebido de maneira negativa por outros homossexuais.

Outros homossexuais me percebem de uma maneira muito estranha porque eu sou o que se denomina M.O.R. (*middle of the road*). A minha geração foi uma geração que ficou a meio caminho do travestismo e do *leather gay*, das bichas de couro. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

No que se refere à percepção por parte de heterossexuais, o sujeito acima acredita que as demais pessoas acham que ele “se faz de vítima” por ser

homossexual, enquanto outro entrevistado se diz bastante preocupado com o fato de que sua homossexualidade seja percebida.

Os problemas são derivados da homossexualidade, sem sombra de dúvida, e por isso ela acaba sendo uma questão central na nossa existência. Eu fico puto da vida quando as pessoas dizem: “você quer se tornar vítima por essa questão, a homossexualidade acaba fazendo você a eterna vítima”. Eu tenho que saber lidar com isso tudo para sobreviver. E quando eu digo sobreviver não é me fazer de vítima. É sobrevivência enquanto dignidade, enquanto ser humano. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

As vezes eu me pego um pouco preocupado em se as pessoas estão percebendo a minha homossexualidade. Eu não sei se é um resto de homofobia interna minha, ou se é um medo ou uma preocupação da homofobia social, de um ataque, agressão, violência... Então nesse sentido eu tento manter a minha homossexualidade velada, mas nem sei se isso é possível. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Os demais entrevistados acreditam que são percebidos de forma positiva por outras pessoas, seja porque estas não percebem sua homossexualidade, seja porque eles são bastante transparentes e assumidos quanto à sua orientação sexual.

As pessoas não percebem de cara que eu sou gay, o que para mim é uma certa vantagem por causa da coisa do preconceito. Eu acho que isso me preserva mais. **(Thiago, 38 anos, designer)**

A maneira como eu vivo a minha orientação sexual é muito clara, no trabalho, na família, em todos os lugares que eu frequento. Sou uma pessoa que tem essa coisa da visibilidade bem explícita e as pessoas percebem isso. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Com relação a este assunto, um dos entrevistados mencionou que ele procurava ser tão sincero à respeito da própria homossexualidade que as pessoas à sua volta eram, de certa forma, obrigadas a aceitá-lo.

Assunção da homossexualidade

A descoberta da homossexualidade ocorreu em distintas fases da vida para diferentes sujeitos. Entretanto, a grande maioria dos entrevistados mencionou sentir atração por outros homens desde a infância ou início da adolescência, ainda que tivessem compreendido melhor este desejo e tido suas primeiras experiências sexuais em momentos posteriores de suas vidas.

Eu me lembro já com 4 anos de idade, no Jardim, no Maternal, eu me apaixonava por meninos. Em frente à casa aonde nasci tem uma praça muito bonita que tinha um monumento e eu sempre abraçava e beijava aquele monumento fingindo que eram os rapazes. Mas eu me percebi homossexual enquanto categoria a partir dos 17 anos, quando estava começando no Rio de Janeiro o surgimento da questão de uma identidade homossexual. Então eu conheci pessoas que se denominavam “entendidas”. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Acho que é uma coisa que a gente sempre se percebe, de uma certa forma, mas eu comecei a me sentir diferente com 11 anos, só que eu não tinha muita consciência do que era aquilo. Só passei a ter com 18 anos, e a entender melhor o que acontecia comigo. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Desde que eu me lembro e que eu me entendo por gente eu tive um olhar especial para outros homens. Claro só ficou aos 15 anos. Mas também foi uma coisa rápida de resolver. Na oitava série eu comecei a comprar revistas pornográficas masculinas escondido. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Os entrevistados acima também mencionaram que desde muito cedo começaram a se perceber diferentes de outras crianças, seja pelo fato de gostarem de “brincadeiras de meninas”, seja porque apresentavam um comportamento considerado efeminado. Estes dados são corroborados por outras pesquisas (Bailey & Zucker, 1995; Fichter & Daser, 1987; Green e cols., 1996; Strong e cols., 2000b), que postulam que durante a infância muitos homossexuais masculinos apresentam graus mais baixos de conformidade a seu papel de gênero do que crianças da mesma idade. Analisando este tema a partir das teorias de formação da identidade homossexual de Cass (1979, 1984a, 1984b) e Troiden (1985, 1989), podemos dizer que este seria o estágio da *sensibilização*, isto é, aquele que ocorre antes da puberdade, quando o indivíduo começa a se sentir marginalizado e diferente das outras pessoas.

Eu me apaixonava muito por outros meninos e não era correspondido e essa não correspondência é que me fazia ver que eu não era igual às outras crianças. Ou seja, era sempre o olhar do outro influenciando para a minha percepção da diferença. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Hoje lembrando de como eu era quando menino, eu sei que eu era diferente, só que eu não tinha consciência. Isso foi uma coisa muito ruim porque por mais que você não queira você tem um jeito, um outro comportamento. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Aquela coisa de brincar de casinha, da figura feminina, de brincar de boneca. A coisa do desenho, do gosto, da roupa, de perceber: “mãe você está bonita porque o seu sapato está assim”. Homem não presta atenção nessas coisas.

Então ao longo do tempo você vai percebendo que tem uma coisa diferente. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Apenas dois indivíduos relataram ter descoberto a própria homossexualidade quando adultos, sem terem tido qualquer tipo de desejo homossexual durante a infância.

Um pouco antes da entrada na faculdade, no final do segundo grau, com uns 18 anos, foi quando eu comecei a fazer a passagem. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Foi durante o processo da minha primeira análise. Esse desejo começou a surgir durante o processo de análise e eu não queria ser homossexual. (...) Eu comecei a minha vida sexual muito tarde, em torno dos 29 anos. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

No que se refere à categoria de assunção da homossexualidade, devemos ressaltar que “ser assumido como homossexual” foi uma pré-condição para participar da pesquisa, o que fez com que as respostas dadas pelos entrevistados fossem bastante similares entre si, sobretudo no que diz respeito às vantagens de se assumir como gay. Muitos entrevistados relataram que ao assumirem sua orientação sexual foi como se tivessem “tirado um peso das costas” de serem obrigados a levar uma vida dupla, enquanto outros mencionaram que o preconceito por parte de suas famílias fez com que eles se tornassem independentes muito cedo na vida.

É bom se assumir porque tira um peso. Quando eu falei, por exemplo, para o meu chefe, eu senti um alívio, porque eu não queria ficar tendo que me esconder. Eu tinha uma vida pela metade, lá eu era uma coisa e fora dali eu era outra e eu queria ser uma coisa só. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Para mim foi um processo que não tinha como fazer diferente. Quando eu me dei conta de que era homossexual eu pensei: é uma realidade isso e eu não gostaria de viver me escondendo. Claro que eu paguei um preço por ter me assumido cedo, mas nada que não tenha se resolvido com o tempo. Meu pai era militar e para ele foi difícil, um processo, um embate real, nós discutíamos... Mas isso me estimulou muito, quer dizer, eu saí de casa cedo, fui trabalhar cedo, tive esse impulso. Teve esse reflexo na minha vida. Eu não queria dar a ele o direito de me cobrar nada em relação a isso. Eu queria poder ostentar a minha identidade erótica sem dever nada a eles. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Meus pais dizem que me amam e eu acredito nisso. Se eles me amam eles tem que conhecer o filho que eles têm. Se eu disser para eles que eu não sou gay eles não estão me conhecendo. Então disse para o meu pai e para a minha mãe.

Foi difícil porque eles são conservadores, mas hoje em dia não há nenhum problema. No começo, quando eu tinha 16 anos eles me perguntaram se era uma fase. Eu falei que não era fase não, que era o que eu era mesmo. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Tal como o sujeito acima, a maioria dos entrevistados tomou a decisão consciente de assumir a homossexualidade para outras pessoas, fato que possivelmente lhes possibilitou preparar-se para as conseqüências que esta revelação poderia acarretar. Dois entrevistados relataram terem procurado a ajuda de psicólogos para poderem lidar melhor com este processo. Um indivíduo, no entanto, teve sua homossexualidade revelada inadvertidamente por terceiros, quando, com 15 anos na época, teve que oferecer explicações sobre suas revistas pornográficas masculinas. Seguindo o caminho trilhado por Sophie (1987), chamamos este tipo de assunção da homossexualidade de “assunção acidental”. Os demais entrevistados precisaram reagir a comentários ou perguntas por parte de membros da família.

Quando eu cheguei em casa e vi que as revistas pornográficas estavam em cima da mesa na casa dos meus avós, já imaginava do que se tratava. E aí eu tinha duas possibilidades: ou eu tentava disfarçar o indisfarçável ou resolvia aquilo e pronto. Então eu chamei a minha avó, chamei a minha tia que é psicóloga e aproveitei esse ensejo para dizer: “olha, vou aproveitar então que nós chegamos a este ponto para que vocês saibam a partir de agora que eu sou gay, que eu tenho preferências por homens.”. E obviamente depois dali fui correndo para casa para contar para a minha mãe porque não tinha saída. Como eu tive esse *coming out* aos 15 anos e em casa já estava resolvido, fora de casa não tinha porque esconder, então eu nunca escondi. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Foi traumático. Assim que eu cheguei aqui no Rio eu fui morar com uma prima e ela comentou com o meu irmão que eu só andava com gays, com marginais, com drogados, com isso e com aquilo outro. Aí meu irmão veio me perguntar e eu disse: “olha, com marginal e drogado eu não ando não, mas gay eu sou”. Aí ele contou para uma irmã, que contou para um irmão e assim sucessivamente até que alguém contou para a minha mãe. Meu pai morreu dizendo que o meu irmão era mentiroso. Ele nunca veio me perguntar e eu também nunca falei, mas se tivesse me perguntado eu teria dito para ele também. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Minha mãe virou para mim um dia e perguntou qual era a mania que eu tinha de andar com viado. Aí eu vi que estava na hora de falar com ela. Minha mãe reagiu super mal, fingindo que nunca tinha notado nada nesse sentido. Eu falei para ela: “deixa de ser hipócrita. Quem você acha que foi fulano e beltrano?”. O meu pai foi quem começou a fofoca. E eu falei para ele: “se você não tinha coragem de segurar a onda então que não começasse”. Eu dei um chega para lá em todo mundo. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Foi minha mãe que me perguntou diretamente se eu era gay, se eu tinha passado para o outro lado “que estória é essa”, achando que era mais uma das minhas atitudes, porque eu tinha atitudes políticas revolucionárias, eu era de esquerda, tinha furado a orelha, tinha atitudes bastante ousadas. Quando eu disse para ela que eu tinha tentado não ser, resistir, que foi muito difícil para mim aceitar que eu era, ela entendeu. Disse: “se é assim eu entendo. Não concordo, não gosto, mas aceito”. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Alguns entrevistados foram obrigados a assumir sua orientação sexual devido a circunstâncias de vida tais como o início de um namoro com alguém do mesmo sexo.

Aos 19 anos eu me apaixonei pela primeira vez por um homem e a gente ficou junto durante 8 anos, então para mim era uma vida normal. Ele freqüentava a minha casa, a família dele freqüentava a minha casa, a minha família freqüentava a casa dele. Quer dizer, eu não tive essa coisa de fazer escondido. Por uma questão da família de onde eu venho, que é muito carinhosa, ou talvez por ter tido a felicidade de ter encontrado como meu primeiro namorado um cara que era um pouco mais velho do que eu, que tinha uma família mais atualizada, aberta, acolhedora. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

No momento em que eu optei por ficar com meu companheiro, eu sabia que estava fazendo uma opção extremamente difícil. Eu não sabia como ia ser, mas eu sabia que ia ser difícil. E quando a coisa foi ficando mais profunda, meu envolvimento foi crescendo, as pessoas foram percebendo, obviamente. A minha família veio me questionar sobre qual era meu envolvimento com ele e aí eu abri o jogo e falei na cara. Foi um choque, uma briga. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Apesar de todos os entrevistados terem assumido seu desejo homossexual internamente, o grau com que revelavam esta identidade para familiares, amigos e demais membros da sociedade variou consideravelmente. A maioria assumiu primeiro para amigos, depois para irmãos e finalmente para seus pais.

Quando eu chutei o balde, liguei o dane-se e resolvi assumir para todo mundo foi com 23 anos. Eu pensei: é isso que eu sou, é isso que eu vou ser, não quero mudar. Quem quiser me aceitar assim me aceita, quem não quiser sinto muito. A minha família inteira sabe. Minha mãe e meu pai também. Quando eu assumi, eu assumi primeiro para os amigos, depois para a minha irmã e minha irmã me ajudou chegar até minha mãe. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Muitos entrevistados não se assumiram verbalmente para as suas famílias, isto é, seus pais e irmãos sabem de sua orientação sexual, mas este tema não é conversado abertamente. Esta postura é conhecida em inglês pela expressão *Don't ask, don't tell* (“não pergunte, não conte”) e parece ser mais comum entre

indivíduos que ainda possuem algum grau de preconceito internalizado. No entanto, vale ressaltar que apesar destes sujeitos não afirmarem constantemente sua orientação sexual, tampouco a escondem e respondem com naturalidade quando perguntados a respeito. Os sujeitos afirmaram que seus familiares notaram sua homossexualidade gradualmente e que portanto não precisaram se assumir de fato, isto é, chegar um dia e dizer “eu sou gay”.

Com meus pais eu nunca cheguei e falei, eles não sabem verbalmente, mas eles foram sabendo aos poucos. Eu não aparecia com mulher, tanto que eles pararam de cobrar. Eu já tinha um relacionamento com meu ex-namorado, passava o final de semana na casa dele. Quando foram conhecer ele já viram que ele era uma pessoa mais velha e começaram a supor “o que um cara de 27 anos está fazendo com outro de 48?” Aí viajamos para a Europa. Não precisa ser muito inteligente, né? **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Foi uma conversa onde minha mãe abordou indiretamente esse assunto e ela me perguntou: “você é feliz assim?”. Respondi: “Sou”. Ela não usou a palavra homossexual nem gay, mas acho que isso estava implícito. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Eu nunca sentei com meus pais para conversar, mas eles também nunca pediram. Com os meus amigos eu comecei a agir de forma natural. Não entro no assunto se eu não tiver intimidade para entrar na sua sexualidade, mas se estiver em um assunto genérico eu vou falar sobre mim, naturalmente. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

As reações dos membros da família foram, na maior parte das vezes, negativas, sobretudo por parte dos pais e mães dos entrevistados, o que corrobora as pesquisas de LaSala (1998). Chamou-nos a atenção o fato de que os pais parecem ter reagido melhor à revelação do que as mães, ao contrário do que sugere o senso comum. Em alguns casos, apesar de uma rejeição inicial, a família passou a aceitar a homossexualidade do sujeito.

A minha mãe teve a reação mais contrária, ela não enxerga, assumiu a cegueira para sempre. Para ela, o meu companheiro é um colega que divide quarto comigo. É claro que ela sabe que não é, mas é uma coisa que ela comprou essa idéia e botou isso na cabeça. Eu já tentei trazer a realidade à tona, mas ela está com 80 anos agora. Eu acho que não é necessário. O meu pai falou sutilmente sobre isso comigo. Escreveu uma carta onde ele falou que as minhas escolhas eram as minhas escolhas em relação a todas as coisas na vida, que eu sendo muito feliz, sabendo respeitar, mantendo o meu caráter, que o resto da vida era minha. Eu fico mais tranquilo assim. **(Thiago, 38 anos, designer)**

A minha mãe chorou muito na primeira semana e a minha tia também. Meu pai mais adiante me disse: “olha, tudo bem”. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Por surpresa meu pai aceitou mais que a minha mãe. Minha mãe até hoje fala assim: “eu queria tanto ter um neto...”. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

A minha mãe ficou chocada durante um tempo, mas eu insisti. Eu ligava e ela era monossilábica, chorava muito, e eu me sentia o último dos homens, mas fui insistente. Hoje ela vem para minha casa. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Algumas famílias também tiveram reações de questionar a homossexualidade do entrevistado, perguntando se esta não era uma “fase” ou acusando terceiros de estarem levando o sujeito para o “mau caminho”, mais uma vez corroborando as pesquisas de LaSala (1998).

Vieram todas as típicas acusações de que ele estava me levando para o mau caminho, que eu estava tendo uma experiência por curiosidade. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Meu avô me dizia: “talvez isso seja coisa da idade” e eu dizia para ele: “eu acho que não é coisa da idade não...”. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Assim como aconteceu no caso dos pais, muitos sujeitos não se assumiram abertamente para os seus irmãos, apesar de achar que estes, de algum modo, estão cientes da sua orientação sexual. Nas situações em que o indivíduo revelou explicitamente sua homossexualidade as reações dos irmãos foram bastante variadas. Alguns reagiram negativamente em um primeiro momento, mas vieram a aceitar a homossexualidade do membro da família com o tempo. Outros optaram por ter uma única conversa franca sobre sexualidade (após a qual nunca mais se tocou no assunto), ao passo que alguns tiveram uma postura de aceitação imediata. Em dois casos a aceitação da homossexualidade foi apenas parcial.

Os meus irmãos não foram entusiastas, mas também não reprovaram. Falaram: “não queria essa opção, mas espero que você seja feliz com ela”. Um deles explicitou o fato de que tinha preconceito, mas também isso nunca redundou em nenhuma atitude dele de discriminação. Acho que eles se habituaram com a idéia. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Com as minhas irmãs e meus cunhados foi tranqüilo, porque eles falaram que gostavam de mim antes de saber que eu era gay e que iam continuar gostando. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Perdas afetivas no processo de assunção da homossexualidade também ficaram evidentes, seja porque o sujeito nunca contou para seus irmãos que é gay (o que diminui o grau de intimidade entre as pessoas), seja porque o irmão não foi capaz de lidar com a notícia.

Para o meu irmão eu não me assumi e eu acho que isso atrapalha a minha relação com ele porque eu vou na casa dele, aquelas comemorações de família, aniversário de fulano, Dia das Mães, e eu fico muito quieto. Eu não compartilho a minha vida com eles e fica uma coisa chata. Isso me incomoda porque fica uma ida à casa dele burocrática, por obrigação. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Minha irmã mais nova ficou furiosa, brigou muito. Ela não aceitava de jeito nenhum e eu não soube não brigar com ela. Nós ficamos muito mal. Hoje em dia em dia nós somos amigos, mas alguma coisa se perdeu nesse processo. Para mim, da minha parte, eu tinha uma certa idolatria por ela, sabe? **(Thiago, 38 anos, designer)**

Em algumas entrevistas também surgiu o tema do “respeito”, seja o cuidado de não querer impor a própria homossexualidade em situações onde ela não é relevante, seja o respeito na forma em que perguntas a respeito dela podem ser feitas. Um exemplo disto é que a medida em que o tema da homossexualidade ganha mais visibilidade, sobretudo na mídia (Lukenbill, 1999), é cada vez mais comum que crianças façam perguntas sobre este assunto. O entrevistado abaixo relata uma situação deste tipo e o modo como lidou com ela, forma esta que nos pareceu bastante adequada.

A forma com que eu faço as coisas é tão natural que o meu sobrinho com 6 anos me perguntou se aquele cara que andava sempre comigo era meu namorado. Ele perguntou assim: “tio, você é gay?”. Eu respondi: “sou. Isso muda alguma coisa para você?”. “Não. Aquele cara que está sempre contigo é seu namorado?” “É”. “Ah tá. Era só para saber se aquilo que eu estava achando era isso mesmo”. Foi uma forma tão legal, tão respeitosa... **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

De fato, tal como foi abordado anteriormente, se o indivíduo realmente se sente à vontade com sua orientação sexual, agindo natural e espontaneamente, essa aceitação terá um efeito sobre as demais pessoas, tornando-se-lhes mais fácil ficarem à vontade com ele em situações sociais.

Alguns entrevistados apontaram para a importância do contato com outros homossexuais que serviam como modelos positivos nos quais os sujeitos podiam se espelhar. Tal como apontado por Gross (1996), citado anteriormente nesta tese,

homossexuais que não conhecem outros gays e lésbicas ou que ainda não entraram em contato com a comunidade gay possuem modelos profundamente estereotipados do que significa ser homossexual, a maioria dos quais se baseia em imagens distorcidas veiculadas pelos meios de comunicação de massa. Seguindo o raciocínio de Aronson (1999), podemos dizer que a falta de modelos positivos nos quais os homossexuais possam se espelhar gera sentimentos de inferioridade e alienação, limitando, igualmente, projetos de vida. Em outras palavras, as novas conexões formadas dentro da comunidade gay favorecem o desenvolvimento de uma identidade positiva, ajudam o sujeito a redefinir valores sociais, e a encontrar oportunidades alternativas para intimidade e família (Meyer & Dean, 1998). Sophie (1987) corrobora este raciocínio quando postula que ter amigos homossexuais que atuem como modelos positivos e que contradigam estereótipos é fundamental na superação do preconceito internalizado e no desenvolvimento de uma identidade gay positiva.

A partir do meu relacionamento com o meu ex eu comecei também a me abrir. Ele foi muito importante para mim para isso. A me assumir. Porque eu comecei a entender a possibilidade de uma pessoa mais velha, que se assumiu, que fez uma carreira e que era respeitado. Ele é uma referência boa para mim. (...) O teatro também me liberou, porque eu comecei a ter contato com outros gays, que até então eu não tinha. Eu não conhecia ninguém igual à mim, não tinha uma referência, não tinha com quem conversar. O meu professor de teatro, que é gay, foi uma pessoa que me ajudou muito. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Eu tinha um professor de desenho no colégio de padres, fresquíssimo também, um gay chique. Para mim ele foi o único modelo de normalidade enquanto ser desviante, e ele serviu exatamente para mim para aliviar essa culpa que eu sentia porque ele era uma pessoa positiva, que me dava atenção, e nos momentos mais difíceis eu me valia sempre da imagem dele de atenção, de carinho. (...) Com 17 anos eu tinha uma chefe que eu gostava muito, ela era muito bela, feminina, e um belo dia ela disse para mim: “você sabe né? Eu sou lésbica, sou entendida”. Eu quase tive um troço, nunca tinha ouvido falar... Tinha ouvido falar da mulher macho, decidida, mas nunca tinha ouvido falar de uma mulher capaz de deitar com outra mulher, de amar outra mulher. Então foi através dessa minha chefe que eu tive acesso a esse meio entendido. O mundo para mim criou uma outra tonalidade, talvez um arco-íris realmente, porque eu conheci pessoas iguais à mim, que tinham o mesmo desejo. Porque ao longo de toda a minha vida, na escola, no meu bairro, tinha várias crianças e eu nunca conheci ninguém igual à mim. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Eu namorei uma pessoa durante muito tempo que hoje é um ícone gay, é uma referência gay, que foi uma pessoa que me trouxe para esse universo, ampliou um monte de possibilidades, um monte de coisas, me fez conhecer gente, lugares, situações. Foi um grande aprendizado. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Todos os entrevistados acreditam que a assunção da homossexualidade é um processo composto por fases, apesar deste processo variar muito de pessoa para pessoa. Um sujeito em particular definiu a assunção como “cruzar uma linha”, sendo que alguns indivíduos estenderiam este cruzamento. De um modo geral, os sujeitos ressaltaram os seguintes elementos nas suas falas sobre este tema: o processo é freqüentemente longo, assustador e difícil, o apoio da família e de amigos é crucial na aquisição de uma identidade gay positiva, e assumir ser homossexual nos dias de hoje é muito mais fácil do que era a 25 anos atrás. Este dado é corroborado por outros autores (Dank, 1971; McDonald, 1982; Troiden, 1979), que postulam que em décadas anteriores a assunção da homossexualidade ocorria entre 23 e 28 anos de idade, enquanto pesquisas mais recentes (D’Augelli & Hershberger, 1993; Herdt & Boxer, 1993) revelam que a idade caiu para 16 anos.

No que se refere às fases que compoariam este processo os sujeitos mencionaram que a primeira e a mais importante delas é a pessoa se assumir para si mesma. Outros marcos considerados importantes são: dar-se conta de que existem outras pessoas iguais a você, ter as primeiras experiências sexuais e afetivas com alguém do mesmo sexo, experienciar a subcultura gay de um modo exacerbado (por exemplo, achar que todo mundo é homossexual, freqüentar apenas bares e boates gays, etc.) e, finalmente, integrar a identidade gay como mais um aspecto da personalidade. De fato, para grande parte da população gay a experiência de assunção da homossexualidade é freqüentemente seguida de um aumento da atividade sexual, como uma forma de confirmar a própria sexualidade. Tal como nos aponta D’Augelli (1998), a identidade sexual depende, em parte, do comportamento sexual. Em outras palavras, a experiência psicológica do comportamento sexual ajudaria a confirmar a identidade ou solucionar uma possível ambigüidade.

Eu acho que tem uma primeira fase de negação, de você não querer, ter medo. Depois você descobre que você não é o único. Essa foi a minha grande fase. Me lembro da primeira vez que eu entrei numa boate gay no Rio. Eu pensei “meu Deus, não sou só eu, tem um monte”. Depois que você descobre que você não está sozinho é muito bom, você passa a se entender mais, a ter menos medo, menos vergonha, estigma. Depois tem uma fase meio de deslumbramento, você acha que tudo gira em torno daquilo, você vive em função disso, vai a boate toda noite, transa com todo mundo. E depois você se acalma. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Eu acho que tem um processo inicial que é uma espécie de auto-negação. Depois, quando você assume, tem um período contrário em que as pessoas começam a achar que todo mundo é gay. Porque a partir do momento em que você assume para você, você se sente mais livre em relação a isso e começa a perceber os códigos, onde você está dando mole, onde é que estão prestando atenção em você e aí, de repente, você começa a ver que um monte de gente está dando sinais que antes você não estava percebendo simplesmente porque você estava negando. E depois a coisa meio que se acalma. Depende muito de cada um. Acho que tem pessoas que vão lutar com isso até o final da vida. Vão querer não ser, ou vão querer deixar de ser. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Talvez eu tenha atingido o ponto máximo desse se assumir, mas lamentavelmente nem todas as pessoas conseguem atravessar esse processo. Lamentavelmente, porque a ansiedade e a culpa com as quais a pessoa acaba se revestindo são fatais. Eu lido com homens que jamais conseguiram passar da primeira fase, que é de conseguir identificar a atração por um ser do mesmo sexo. A maioria das pessoas estão na metade e são muito poucas as pessoas que conseguem completar esse processo. É complicado, é muito difícil, e tem um quê de heroísmo em cada uma dessas pessoas que consegue. É desejável sim, porque esse processo significa, sobretudo, o seu bem-estar. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Não obstante os benefícios que a assunção da homossexualidade acarreta para o bem-estar psíquico do indivíduo, tal como apontado pelo sujeito acima, e corroborado por outros estudos (DiPlacido, 1998), nem todos os entrevistados concordam com a postura adotada pelo movimento homossexual de que todos os gays e lésbicas deveriam se assumir.

Eu também não levanto bandeira de que fulano tem que sair do armário. Cada um tem as suas paranóias, entendeu? Tem gente que tem muitas paranóias, as vezes a pessoa não aguenta porque é difícil mesmo. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Quando as pessoas falam, principalmente nos grupos gays, que “você tem que se assumir, contar para todo mundo”, eu acho que não funciona dessa forma. Acho que você vai abrindo um espaço e cada um tem uma história diferente de vida. Eu me assumi, está bom, mas não preciso estar gritando para todo mundo que eu sou gay. Se eu chego falando logo que sou gay pode criar todo um clima e eu prefiro que a coisa fique meio no ar. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

No que se refere aos mecanismos de encobrimento que alguns homossexuais adotam com o intuito de não revelar sua orientação sexual, formulamos a pergunta da seguinte forma: “Você já fez coisas para não parecer que era gay?”. Alguns entrevistados mencionaram jamais terem feito isto, ou que, pelo menos, não se lembravam de nenhum exemplo em particular. A maioria dos sujeitos, no entanto, afirmou ter utilizado estes mecanismos em algum momento

de suas vidas, sobretudo durante a adolescência ou antes de assumirem sua homossexualidade para suas famílias. Os recursos mais comuns incluíam inventar namoradas fictícias e uma preocupação excessiva com gestos e palavras que pudessem revelar inadvertidamente o estigma.

Sempre botava o nome de uma menina no meio. Pedia para uma amiga lésbica ligar para casa para fazer de conta de vez em quando que tinha uma mulher ligando. Tinha um monte de artifícios para meus pais não descobrirem. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Eu me lembro que no início eu inventava que tinha namorada. Também talvez eu tivesse uma preocupação de não falar coisas, de não desmunhecar... **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Já fiz coisas para não parecer gay, sem dúvida. Quando era adolescente essa constatação para mim foi conflituosa, não foi tranqüila. Então na escola, por exemplo, no segundo grau, perante os colegas, eu procurava disfarçar, procurava falar de assuntos ditos masculinos como futebol, mulher, cerveja. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Alguns entrevistados mencionaram que continuam adotando mecanismos de encobrimento até hoje, particularmente em situações de natureza profissional. Estes dados são corroborados por Kates (1998), que usa o termo *desidentificadores* para referir-se à adoção de comportamentos ou objetos que transmitam a idéia de que o homossexual pertence à categoria dos heterossexuais.

Mais numa coisa de gestos. As vezes eu me pegava um pouco preocupado com isso, se eu estava expressando gestos femininos... ou então uma determinada roupa. E hoje as vezes isso também aparece. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Não só já fiz como acho que faço. O preconceito é nítido então as vezes você tem que se colocar de uma forma um pouco mais... Tenho medo de dizer que não sou autêntico, mas não é isso... Eu tento ter uma energia masculina mais forte, caso vá entrar num meio basicamente hetero. Eu me percebo as vezes querendo me colocar de forma mais máscula, para impor. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

De vez em quando eu me vejo em uma roda de amigos heterossexuais e inconscientemente eu sou capaz de ter um comentário, uma atitude, não claramente para disfarçar, mas... Outro dia uma amigo fez um comentário sobre uma mulher que passou, dizendo “aquela gostosa” e eu fui junto, deixei passar em vez de me posicionar, porque as vezes se posicionar o tempo inteiro cansa, desgasta. E várias vezes no trabalho, em entrevistas no começo da minha profissão, quando eu não tinha uma segurança muito firme, para disfarçar, ganhar espaço social no trabalho, eu omiti, eu não me posicionei mais claramente porque eu temia ser discriminado e as vezes era discriminado mesmo. Não é uma coisa

formal, mas com os amigos do trabalho, gente importante, influente... **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Por conta do meu trabalho eu lido muito com homens, empresários e pessoas que são preconceituosas. Então na frente deles eu assumo um papel, se não assexuado, de hetero. Eu não fico totalmente relaxado. Eu tenho que ficar mais atento porque muitas vezes em papo de homem tem a questão do sexo. Quando passa uma mulher gostosona e as pessoas falam “olha que rabão” eu falo “bonita, né?” Eu não vou ficar: “ah não! Eu não acho, eu não gosto”. Entendeu? Eu tenho que assumir papéis, nesse caso, no trabalho... **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Como fica evidente no discurso acima, a experiência do encobrimento é complicada, difícil e sofrida, demandando muita energia psíquica por parte do sujeito. Em diversos casos o encobrimento parece dar origem a uma “vida dupla”, que faz com que o indivíduo viva em dois mundos separados (em um se assume e em outro não) e o risco desses mundos se encontrarem é uma constante fonte de sofrimento e tensão. A “vida dupla” foi particularmente identificada pelos entrevistados pelo fato de não poder compartilhar a vida pessoal com familiares, amigos ou colegas de trabalho. Em outras palavras, o encobrimento dificulta a manutenção de relações sociais autênticas. O entrevistado abaixo, fala um pouco sobre este assunto.

O que os gays não entendem é que é muito mais doloroso você pretender ser uma coisa que você não é do que efetivamente ser o que você é. Se você fica pretendendo que você não é gay você tem que ficar inventando estórias, criando namoradas, criando situações, lembrando das estórias que você criou. Porque, de fato, as pessoas se divertem muito mais com a saia justa que ficam os gays que pretendem ser o que não são, do que com os gays que são o que são e ponto. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Tal como nos lembra Escoffier (1997), homossexuais que levam vidas duplas prejudicam suas possibilidades de terem relações sexuais/emocionais estáveis, uma carreira no trabalho e na luta por direitos caso venham a ser discriminados.

Relação com a família de origem

No que se refere à relação com a família de origem, alguns entrevistados disseram que esta era boa e que seus pais e irmãos o aceitavam, mesmo que a homossexualidade não fosse um tema verbalizado.

Hoje em dia o relacionamento é muito bom, mas mesmo assim minha homossexualidade é uma coisa não-verbalizada... **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Ótima. A relação é tranqüila. Meus pais freqüentam normalmente a minha casa e meus irmãos também. Isso para eles é nítido, é claro, e não sou absolutamente discriminado. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Quando a minha mãe insinuava coisas de namorada eu engrossava o assunto e falava: “você quer saber mesmo? Sabe por que não tem namoradas me ligando para cá?” Aí ela se calava, ou seja, em nenhum momento ela quis saber daquilo. Mas ela me ama, gosta de mim. Quando eu terminei com um namorado de 13 anos e comecei com outro ela fez a substituição automaticamente, os meus tios também. Todo mundo fala assim: “cadê fulano? Manda um abraço para ele.” **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Em outros casos as relações melhoraram progressivamente com o passar dos anos, a medida em que pais e irmãos começaram a aceitar melhor a homossexualidade do entrevistado. Mesmo assim, alguns sujeito relataram se sentirem distantes de suas famílias e que as relações que mantinham com estas eram de pouca intimidade.

É ótima, depois de muitos anos se passarem, de muitos embates. Mas hoje é outra estória. Minha mãe convida meu namorado para ficar na casa dela, não tem mais problema. Com minhas irmãs o relacionamento é muito bom, elas são todas amigas do meu companheiro, se dão muito bem. Meu irmão mora nos Estados Unidos e ele lida muito bem com isso, me apresenta amigos gays. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Eu tenho um irmão, hetero convicto, mas eu morei 5 anos em São Francisco com ele, e lá ele aceitava ou aceitava, não tinha como, e ele passou a aceitar. Antes disso ele tinha horror, ele dizia que eu era a vergonha da família, falava: “não sei como que meus pais aceitam”. Hoje ele aceita, acha tudo bem. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

O discurso do entrevistado acima corrobora a teoria de Goffman ([1963] 1988) de que a tendência para a “difusão” do estigma da homossexualidade do indivíduo para as suas relações mais próximas é um dos motivos porque tais relações tendem a ser evitadas ou a terminar. De fato, tal como veremos a seguir, muitos sujeitos relataram a perda de relações familiares importantes após a assunção da homossexualidade.

A minha relação com a minha avó acabou. Nunca mais foi restabelecida. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Tenho 2 irmãos que realmente não aceitam. Comigo tudo bem mas não querem nem saber do meu parceiro. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Em determinado momento eu cortei relação com a minha família por completo. Cortei porque a “bicha útil” era o que eles esperavam. Aquela coisa de “ele maquia tão bem, né? É tão engraçado! Tão sofisticado. Fala sobre tudo.” Então minha família hoje é quem? Retomei relação com a minha irmã que mora em Nova Iorque a partir do momento em que eu soube que a filha dela era lésbica. Com as outras pessoas eu não tenho a menor relação. Encontro em festas, momentos sociais, mas não procuro mais. Tenho uma relação paternal com um tio. Ele foi a única pessoa na minha família que nunca se mostrou envergonhado, nunca se mostrou reticente quanto à minha identidade. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Eu me sinto muito longe deles. Eu tenho amigos que são muito mais família que a minha família de sangue. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Os entrevistados acima também apontaram para um assunto que é bastante discutido entre a comunidade homossexual, isto é, o significado da “família eleita” (Rucker e cols., 1996; Kates, 1998). Como vimos nos capítulos anteriores, enquanto as famílias de outras minorias sociais oferecem apoio a seus membros, os homossexuais são rejeitados por aqueles indivíduos que os criaram. Desta forma, quando os gays conseguem fazer amizades ou estabelecer laços afetivos com algum membro não-preconceituoso da família, estes relacionamentos com frequência se tornam íntimos e centrais para o bem-estar psíquico do sujeito. Para muitos homossexuais que foram expulsos de casa por seus parentes, a família biológica perde seu grau de importância e é substituída pela “família eleita”, composta por indivíduos com os quais o sujeito tem um vínculo afetivo especial, independente de compartilharem laços sanguíneos ou jurídicos.

Preconceito

Todos os entrevistados, sem exceção, acreditam que o preconceito contra homossexuais ainda é muito grande no Brasil, não obstante este ter melhorado nos últimos anos, sobretudo devido a uma maior exposição do tema da homossexualidade na mídia. De acordo com estes sujeitos, o preconceito seria maior em cidades pequenas ou em subúrbios, ao passo em que a zona sul carioca apresentaria uma falsa aparência de liberalidade, pois ainda restringe os padrões de comportamento dos homossexuais quando comparados ao resto da população.

Principalmente na zona sul do Rio de Janeiro existe uma falsa aparência de liberalidade, uma certa liberação em relação aos relacionamentos gays, mas eu acho que não é bem verdade, ainda existe muito preconceito. É que nem falar de preconceito racial, aquela coisa que “no Brasil não existe preconceito racial”, o que é uma mentira. **(Thiago, 38 anos, designer)**

As vezes eu fico pensando se mudou para melhor ou se só mudou o tipo de vida que as pessoas levam e a gente se encaixou nessa coisa do gueto. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Aos gays foi nos dado mais espaço na marra. Sempre foi assim. É tudo muito difícil, e no Brasil não é diferente, a gente teve que lutar muito. Então aceitou-se porque “já que não tem jeito vamos deixar eles no gueto”. Aceitou-se em parte, mas desde que o gay seja estéril. Você pode ser gay desde que você não procrie. Família gay? União civil? Nem pensar! **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Perguntados sobre aonde este preconceito ficava mais evidente, diversos sujeitos mencionaram a falta de determinados direitos legais, as constantes agressões a homossexuais por parte de jovens preconceituosos, e a quase impossibilidade de realizar demonstrações físicas de afeto em público (tal como abraçar, dar a mão, fazer um carinho, olhar com cumplicidade ou dar um beijo sutil), comportamentos que casais heterossexuais exibem com naturalidade.

Por que quando você está na praia ou num restaurante com seu namorado você não pode andar de mão dada com ele nem dar um beijo na hora que você quiser? Isso acaba com a pessoa. A gente não pode nem fazer um gesto de demonstração de carinho. Por isso é que a gente procura os lugares que são do gueto. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Mais adiante no seu discurso, este mesmo entrevistado relata que na nossa sociedade a homossexualidade se torna uma característica central da identidade do sujeito, sendo apontada constantemente em situações aonde ela não é de modo algum relevante.

Por que as pessoas nos vêem como pessoas diferentes? Da mesma forma que você não fala “o Presidente Lula, heterossexual, 60 anos”, por que que tem que ter “fulano de tal, homossexual, tantos anos”? É igual quando tem assassinato. O cara é assassinado e sempre botam uma vírgula e a palavra “homossexual” depois. Do heterossexual não falam isso. As pessoas têm que entender que opção sexual não tem nada a ver com seu estilo, com ser gente boa ou má, inteligente ou burra. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Indagados sobre as causas do preconceito contra homossexuais, alguns sujeitos citaram a influência da Igreja Católica e, sobretudo, a falta de informação

sobre sexualidade de uma maneira geral, o que faria com que muitos heterossexuais (sobretudo homens) sentissem medo na presença de gays e lésbicas. Fiske (1998) corrobora estes dados quando diz que a idéia, corrente entre a população geral, de que o preconceito é causado por ignorância, tem sido estudada desde 1930. Um dos entrevistados apontou, neste sentido, para a importância da disseminação de informações corretas sobre homossexualidade, assim como do estabelecimento de um contato positivo entre heterossexuais e homossexuais para a diminuição do preconceito, tema abordado anteriormente (Staub, 1989).

Preconceito existe, principalmente por conta da Igreja, da sociedade. Eu acho que a grande coisa do preconceito, principalmente no Brasil, é por causa da ignorância das pessoas. O Brasil é um país que não tem muita cultura, não dá educação para as pessoas, e as pessoas acham que gay é ralé. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Existe muita falta de informação a respeito de homossexualidade. Por isso que eu digo que eu faço um trabalho meio de conscientização das pessoas porque eu sou aceito em determinados grupos e as pessoas me perguntam coisas que nunca tiveram coragem de perguntar para outro cara que fosse gay. As pessoas têm uma visão péssima, então o preconceito vira uma falta de informação, como todo e qualquer preconceito, né? Quando se fala em gay aparece um monte de *drag queen* ou homens de chicote com roupinha de couro. Então quando a mãe descobre que o filho é gay pensa que ele vai se vestir de mulher ou andar por aí com um chicote na mão. É uma coisa muito doida porque as pessoas perguntam se você gosta de se vestir de mulher e eu respondo: “não, não fico bem de saia...” *(risos)* **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Além das causas citadas acima, grande parte dos entrevistados mencionou que o preconceito contra os homossexuais aumenta à medida em que a visibilidade deste grupo social fica maior. Em outras palavras, a visibilidade não constitui, em si mesma, um gesto de liberação ou aceitação social, assim como a familiaridade não reduz, necessariamente, o menosprezo. Estes dados são corroborados por Badinter (1992), que aponta para o fato de que, historicamente, quanto mais os homossexuais se tornaram visíveis, mais se defrontaram com novos tipos de hostilidade.

O preconceito é maior porque a gente está mais visível, a gente não se submete mais a muita coisa e isso cria uma resistência. A gente tem uma agenda, faz pleitos, somos seres políticos, buscamos nos afirmar cada vez mais e o preconceito acaba se exercendo a partir daí. O preconceito é cada vez mais forte porque a gente tenta combater isso tudo. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Eu poderia dizer que está avançando, melhorando, e isso tudo é verdade, mas a reação contra também é maior. Na medida em que os gays ocupam um espaço maior, se tornam mais visíveis, o movimento anti-gay também se ressentido e reage mais violentamente. Então se de fato existe hoje um maior espaço e menos preconceito, é mais discutido, existem mais modelos para que os jovens possam se identificar, e isso é uma coisa muito positiva, por outro lado as reações são mais violentas e o embate é maior. Então o movimento anti-gay é mais organizado e mais forte hoje do que era há mais tempo atrás. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Apesar de concordarmos com os comentários acima, também acreditamos que o preconceito contra homossexuais tenha, de fato, se transformado em o que podemos chamar de *preconceito moderno*, ao mesmo tempo indireto, sutil e complexo e por esta mesma razão ainda mais insidioso (Aberson, 2003; Dovidio & Gaertner, 1986). Segundo estes autores, o preconceito moderno (também chamado de racismo moderno) pode ser explicado da seguinte forma: sentindo-se pressionadas por normas sociais mais liberais e tolerantes, algumas pessoas abrandariam seus comportamentos discriminatórios, mantendo internamente os mesmos preconceitos de outrora. Desta forma, a sociedade pareceria ter se tornado menos discriminatória, mas a partir do momento em que estas mesmas pessoas se sentem livres para expressar seus sentimentos, o preconceito volta a níveis elevados.

Uma pesquisa realizada no Brasil por Camino e cols. (2001) revelou dados semelhantes, sugerindo que as leis anti-discriminação fazem com que as pessoas inibam expressões claras de preconceito, mas conservem, ao mesmo tempo, disposições negativas internas contra membros de determinados grupos sociais. Apesar da citação abaixo referir-se à discriminação contra negros, a consideramos bastante elucidativa da forma como o preconceito moderno opera na nossa sociedade de um modo geral.

A força de uma norma social anti-racista leva as pessoas a evitar assumir atitudes pessoais preconceituosas, mas essa norma não lhes impede de ver que no Brasil continua-se a discriminar as pessoas de cor negra. Nesta situação contraditória, existe discriminação, mas ninguém é responsável por ela. (Camino e cols. 2001: 31)

Por outro lado, indivíduos que adotam o preconceito moderno utilizam explicações alternativas, e supostamente racionais, para discriminar abertamente. Assim podem dizer, por exemplo, que não contrataram um homossexual “porque

ele não tinha o perfil adequado para o emprego”. Assim, dada a natureza deste novo tipo de preconceito, Augoustinos e Walker (1995) sugerem que ele seja estudado indiretamente, tentando buscar as discrepâncias entre o que as pessoas *dizem* e o que elas *fazem*.

Acho que quem tem preconceito ainda fica com vergonha, então não manifesta muito. Hoje em dia a homossexualidade é um fenômeno tão difundido e tão assumido que todo mundo tem amigos homossexuais, parentes, ou colegas de trabalho. Então o exercício do preconceito ficou uma coisa meio ingrata hoje em dia. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Em outras palavras, visto que expressar preconceito é entendido como socialmente indesejável, muitas pessoas aparentam seguir normas tolerantes (tais como adotar um comportamento “politicamente correto”) sem tê-las internalizado (Crocker e cols., 1998). De acordo com estes autores, no entanto, o fato do preconceito moderno ter surgido nos últimos anos não significa que formas mais tradicionais de discriminação e intolerância deixaram de ser adotadas por determinados indivíduos, de maneira aberta e consciente.

As categorias sobre estereótipos e estigmatização dos homossexuais foram agrupadas por apresentarem uma série de semelhanças. Em primeiro lugar, podemos dizer que a maioria dos entrevistados postulou que os estereótipos mais comuns com relação aos homossexuais são de que estes são “doentes”, “pecadores”, “pervertidos”, “promíscuos”, “efeminados” e “irresponsáveis”. Estereótipos semelhantes também foram encontrados por Simon (1998) e Wolfe (1998). Para estes sujeitos, determinados conceitos desenvolvidos pela medicina a partir do século XIX (tal como vimos no primeiro capítulo deste trabalho), assim como a postura oficial da Igreja Católica com relação à homossexualidade, são os principais responsáveis pela estigmatização dos homossexuais na nossa sociedade.

A partir de um determinado momento histórico essa divisão das sexualidades passou a ser valorada socialmente, politicamente, culturalmente, economicamente. E aí veio a medicina no século XVIII-XIX legitimar cientificamente isso, dizer que era uma doença, uma anomalia, uma aberração sexual. Tem essa tradição médica até os dias de hoje. A religião também ajudou a estigmatizar bastante e continua estigmatizando. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Principalmente na nossa sociedade, aonde a gente tem uma cultura judaico-cristã do pecado, da culpa. Então a gente tem no Levítico: “se deitar com outro homem na cama é abominável”. Eu acho que tem essa questão religiosa, e também tem a questão que a própria medicina levou para o lado da patologia, da

anormalidade. Isso ficou muito entranhado na nossa cultura. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Certamente uma compreensão má, ao meu ver, da moral religiosa. A Igreja se manifesta explicitamente contra a homossexualidade, aquela coisa de “devemos amar o pecador, mas abominar o pecado”. Segundo essa visão a homossexualidade é um desvio, um pecado, um erro, e os homossexuais devem ser apoiados, amados, auxiliados, no sentido religioso do termo, mas devem se abster de práticas sexuais homossexuais. E acho que também tem um preconceito social na medida em que os homossexuais, pelo menos aqueles que têm uma vivência estritamente homossexual, não se reproduzem biologicamente. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Os discursos acima apontam para o tema desenvolvido por Haddock e Zanna (1998) de que nossa cognição sobre os homossexuais não se baseia apenas em estereótipos, mas crenças abstratas (tais como sistemas de valores) também são um elemento fundamental na atitude preconceituosa. Em outras palavras, muitas pessoas teriam preconceitos contra homossexuais por acreditarem que este grupo possui um sistema de valores diferente (ou oposto) ao da cultura dominante. O estereótipo de que os homossexuais seriam promíscuos e incapazes de se relacionarem afetivamente também foi mencionado por diversos entrevistados.

O grande problema é que a maioria das pessoas vêem uma relação entre dois homens e perguntam: “mas vocês se beijam na boca? Tem amor mesmo ou é só sexo?”. As pessoas acham que um olha para o outro, traça uma reta e trepa. **(Sílvio, 46 anos, arquiteto)**

No aspecto sexual existe um estigma de que o gay é uma pessoa que tem prazer exacerbado, faz coisas do outro mundo. Existe um estigma de que os gays têm um pozinho, uma essência diferente, para alcançar o orgasmo. Ou então que é muito depravado, que não tem limite para a questão sexual. Vê o gay como um liberado ou como um enlouquecido sexualmente. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Dos sujeitos que apontaram a promiscuidade como um estereótipo, muitos acreditam que os próprios homossexuais são responsáveis por sua perpetuação.

Tem uma coisa dentro das paradas gays, que tem um caráter extremamente sexual, explícito, que eu acho totalmente desnecessário. Acho que tem coisas que você pode se reservar um pouco mais. Andar na rua de mão dada, dar beijo, beleza, tranqüilo. Mas você não precisa sair por aí mostrando bundas e paus e coisas e tal, né? Baixaria é baixaria, independente de ser gay ou não. **(Thiago, 38 anos, designer)**

A atitude de alguns gays publicamente com relação ao sexo faz com que as pessoas tenham ainda mais preconceito. Por exemplo, eu vi num dia na Banda

de Ipanema, em um trio elétrico, um bando de garotos de programa, michês, travestis ou gays afetados lá sambando e se roçando. Aí começaram a abaixar a sunga e mostrar os pelos e o outro já pegava por trás metia a mão dentro da sunga e começava a masturbar. Na frente de todo mundo! Me deu um nojo aquela cena. Parecia que eu estava vendo um filme Calígula. Era a visão do inferno. E aí eu, que sou uma pessoa que creio em Deus, não tenho como não associar isso a uma coisa do diabo, a pensar que aquilo é uma coisa baixa, deprimente. As pessoas vão olhar e pensar: “olha lá o viado, a bichona. É isso que eles fazem”. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Outros entrevistados também acreditam que os próprios gays contribuem para a sua estigmatização, mas em um sentido oposto: gays que não se assumem ou tentam parecer heterossexuais se tornam motivo de escárnio e chacota.

O que mais estigmatiza os gays é não assumir. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

É achar que não são gays e querer fazer papel de hetero. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

De acordo com alguns entrevistados, os meios de comunicação de massa também possuiriam um papel preponderante no que se refere à perpetuação de estereótipos negativos com relação à homossexualidade. Estes dados são corroborados por diversos autores (Bowes, 1996; Gross, 1996; Wardlow, 1996), que mencionam que os homossexuais têm sido praticamente invisíveis na mídia, exceto quando são mostrados como vítimas (de violência ou ridículo) ou vilões. Kushner (1997) lembra, por sua vez, que quase não existem imagens de homossexuais bem-sucedidos, felizes ou levando uma vida familiar “comum”.

Tem tanta diversidade sexual no mundo gay que isso deveria ser mais usado pela mídia. Mas dois homens que namoram ou um casal gay normal não dá ibope. A mídia vai em cima do que é engraçado, daqueles gays padrões, que desmunhecam. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Eu acho que a televisão estigmatiza os gays. É muito raro a televisão colocar o gay como uma coisa natural, geralmente ele é tratado de uma forma caricatural. É uma coisa ruim isso que a televisão mostra porque o público geralmente julga pelo o que ele vê. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Eu acho que tem que botar a questão da homossexualidade como normalidade, mostrar que gay não tem cara. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Os estereótipos presentes na mídia também parecem afetar sobremaneira a aquisição de uma identidade homossexual positiva, tal como foi observado em Nunan (2001), e exemplificado pelo entrevistado abaixo.

Naquela época era muito diferente do que é hoje, então o que você via de homossexual era travesti, ou então a Rogéria que aparecia no Carnaval. E eu pensava: “mas eu não sou isso, não é isso o que eu quero”. Era um sofrimento muito grande porque eu não queria ser mulher. (**Márcio, 55 anos, advogado aposentado**)

Imagens caricaturais veiculadas com o intuito de alavancar índices de audiência de programas humorísticos ou sensacionalistas com frequência dificultam a aquisição de uma identidade gay positiva, pois os sujeitos não se reconhecem nelas. Desta forma, vários de nossos entrevistados utilizaram a expressão “mas eu não sou assim!” quando se deram conta, pela primeira vez, que eram homossexuais.

Na adolescência foi complicado porque eu morava no interior do estado, numa cidade pequena, e as informações que a gente tinha do que era ser gay eram muitos deturpadas. E durante um tempo foi uma coisa complicada para mim porque eu tive uma criação católica e eu tive que buscar dentro de mim mesmo algumas respostas, alguns caminhos, para fazer isso. Porque desde criança eu ouvia que gay era uma pessoa que queria ser mulher, e eu não tinha nada daquilo. Não queria ser mulher, não tinha vontade de me vestir de mulher, eu tinha atração por homens. Então eu comecei a achar que eu era um gay fora dos padrões, uma deturpação do próprio gay. (**Sílvio, 46 anos, arquiteto**)

Este tema é corroborado por Goffman ([1963] 1988), que o resume no seguinte trecho:

... quando o indivíduo compreende pela primeira vez quem são aqueles que de agora em diante ele deve aceitar como seus iguais, ele sentirá, pelo menos, uma certa ambivalência porque estes não só serão pessoas nitidamente estigmatizadas e, portanto, diferentes da pessoa normal que ele acredita ser, mas também poderão ter outros atributos que, segundo a sua opinião, dificilmente podem ser associados ao seu caso. (Goffman, [1963] 1988: 46)

Para alguns sujeitos estes estereótipos negativos foram tão fortemente internalizados que este fenômeno gerou neles um medo significativo com relação à atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo.

Foram dois medos que me acompanharam ao longo da infância e da adolescência. Primeiro: “a pessoa que dava o cu gastava o cu e colocava um cu de

platina” e segundo: “todo homossexual acaba sendo assassinado”. Então a partir disso eu passei a dar muito pouco e sempre busquei homens menores que eu, porque pelo menos eu não correria o risco. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Com relação à discriminação, o componente comportamental do preconceito, quase todos os entrevistados relataram tê-la sofrido em maior ou menor grau em algum momento de suas vidas, apesar de nem todos terem fornecido exemplos específicos de discriminação.

Sofri discriminação a vida toda. A minha luta é pela sobrevivência. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

O tipo de discriminação mais relatado foi a verbal, isto é, ouvir piadas ou xingamentos, sobretudo por parte de estranhos na rua. Estes dados são corroborados pelos estudos de Berrill (1992), pelo *Censo GLS* (2005) e por Carrara e Ramos (2005). Devemos ressaltar o fato de que comentários desrespeitosos, ainda que não estejam dirigidos ao indivíduo em particular, tendem a afetar sua identidade sexual como um todo.

Nós temos amigos que são mais afetados na voz, no gestual, ou na forma de se vestir. Algumas vezes quando a gente saiu com eles na rua a gente já ouviu: “Aí bichona! Mariquinha!”. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Um dia andando em Copacabana um homem, um babaca qualquer, chegou para mim e disse: “viadinho”. Falando de maneira agressiva, para me depreciar, me desqualificar mesmo. Eu fiquei puto da vida. Não porque ele me chamou de viadinho, mas pelo o que significava ser “viadinho”. Eu peguei ele pelo pescoço e falei: “viadinho é o caralho. Viadão! Viadinho não. Viadinho é merda. Eu sou viadão”. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Assim como o entrevistado acima, outros 2 sujeitos reagiram a situações de discriminação: um foi discriminado dentro do ambiente universitário mas lutou por seus objetivos e os alcançou, enquanto o outro foi discriminado pela polícia, tal como veremos abaixo.

Uma vez eu estava namorado na praia e a polícia veio, foi uma grande questão, saiu até nos jornais, eu tinha uns 20 anos. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Não obstante os entrevistados acima terem reagido, Fiske (1998) postula que mesmo após detectar discriminação, a maioria dos sujeitos desiste de reagir

ou de tocar no assunto, dado os elevados custos sociais de acusar alguém de preconceito. Com frequência, a vítima não conta sobre o ocorrido a ninguém, e geralmente não faz nada a respeito. Tolerar o preconceito ou negá-lo, parecem ser as respostas mais comuns, seguidas de tentativas de solucionar o problema através da busca de apoio social ou evitando/apaziguando o agressor. Fazer reclamações públicas (no caso de instituições) ou confrontar o agressor são extremamente incomuns, sobretudo devido aos custos sociais e organizacionais de adotar este tipo de atitude.

Alguns entrevistados relataram terem sido discriminados por vizinhos ou por indivíduos que se negaram a alugar um imóvel para um casal de homossexuais.

A gente era amigo de um casal de vizinhos e de repente houve uma confusão e eles brigaram com a gente. Aí um dia eu dei uma festa e como eles eram vizinhos de porta resolveram encher o saco, deu confusão, polícia. E aí eles usaram esse argumento de que nós éramos gays, que estávamos denegrindo o ambiente do prédio. Foi horrível. Não aconteceu nada, muito pelo contrário, as pessoas ficaram todas do nosso lado e contra o casal. Quer dizer, no fundo, o casal tinha preconceito sim, porque se mostravam tão amigos nossos mas na hora que aconteceu uma coisa eles usaram esse preconceito deles. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Liguei para ver um apartamento porque a gente estava atrás de apartamento para alugar. Falei com uma senhora. O apartamento era maravilhoso e falei que ia passar lá com meu amigo. Aí ela disse: “mas são dois rapazes? Eu queria alugar para um casal.”. Mas nós éramos um casal! Como era uma senhora eu falei: “olha, não vou perder seu tempo, não vou perder meu tempo, deixa para lá”. O pior foi que a gente estava indo numa conversa muito séria, mas quando eu falei do amigo ela mudou. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Indagado sobre o motivo pelo qual eles achavam que homossexuais eram discriminados ao alugar imóveis um dos entrevistados respondeu:

Determinadas pessoas não alugam apartamentos para gays, porque acham que gay normalmente gosta de dar festa, fazer bagunça, de levar gente para casa e é perigoso. Isso é um estereótipo, né? Porque não é todo mundo que é assim. Pode alugar para um casal hetero ou para dois garotos que vão fazer muito mais bagunça do que dois caras gays. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Tipos de discriminação mais graves foram encontrados em quatro categorias: discriminação por agentes de saúde mental, discriminação no ambiente de trabalho, discriminação na infância e/ou no ambiente escolar, e discriminação

cometida por familiares. Assim, um dos entrevistados relatou ter sido discriminado por uma psicóloga, não por ser homossexual, mas por ser HIV-positivo. De acordo com o sujeito, este fato marcou profundamente a sua vida, sobretudo porque o episódio ocorreu algumas semanas depois dele ter sido diagnosticado como portador do vírus da AIDS.

Eu fui me despedir dela como eu fazia sempre e ela me empurrou e disse: “não, eu fui picada de mosquito e eu não queria que você me beijasse”. Aquilo para mim foi a morte. Eu saí dali e fui caminhando chorando. Foi a primeira vez que eu tive a sensação de ser rejeitado e foi justamente pela minha analista. É claro que eu não voltei mais nela. Essa experiência me marcou muito porque além de ser no surgimento da doença, foi também na época em que se começou a associar a AIDS à homossexualidade, à promiscuidade. Então eu comecei a pensar: “eu sou um cara marcado para o resto da vida”. Fora o medo intenso de morrer. A sensação que eu tinha é que eu vivia 24 horas com um revólver na minha cabeça. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Segundo dados levantados por Carrara e Ramos (2005), 11% dos homossexuais são discriminados na área da saúde, quanto que outros 12% o são no ambiente de trabalho, tal como veremos nos depoimentos a seguir. O entrevistado abaixo, por exemplo, que é psicólogo, sofreu discriminação por um outro agente de saúde mental.

Eu trabalhei durante alguns anos numa equipe de acompanhamento psiquiátrico e lá a gente trabalhava com um determinado psiquiatra que era quem encaminhava os pacientes dele para o acompanhamento. Eu trabalhei com colegas no caso de um paciente que foi encaminhado por ele, o caso foi muito bem-sucedido e tal. Depois, nos próximos encaminhamentos de pacientes dele, eu não era solicitado a entrar. Eu comecei a questionar isso e uma colega falou que esse psiquiatra tinha me achado muito feminino para entrar nos casos. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Discriminações em processos seletivos para empregos foram mencionadas por 2 entrevistados.

Eu já vi pessoas que chegaram para fazer entrevista lá na empresa que eram mulheres muito masculinas ou homens muito efeminados e que podiam ser os melhores candidatos, mas as pessoas não iam contratar eles por causa disso. Porque elas pensavam: “é demais, né? Vai sujar, vai manchar”. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Me foi possibilitada uma oferta de trabalho em um hotel para trabalhar na portaria. Aí passei pelo processo de seleção, aquela coisa toda. Eu não ia de brinco, ia de cabelo arrumado, com uma roupa discreta. Apenas não queria deixar

que a minha sexualidade viesse à frente de qualquer outra imagem para as pessoas. Fui chamado para conversar com a pessoa responsável no hotel, fez vários testes comigo. Eu fui super ansioso. Dois dias depois a pessoa me ligou e disse que eu era sério demais... Tentei entender. Eu fiquei tão ansioso em não tentar transparecer que eu era homossexual que acabei transparecendo... Para mim foi um nó porque eu pensei: “não acertei na mão”. Aquela coisa do bolo que você faz todo dia. Pensei: “errei a mão, e agora?” Fiquei muito preocupado daí para frente. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

O evento descrito acima é um exemplo bastante claro do fenômeno que definimos anteriormente como *ameaça do estereótipo*, isto é, quando homossexuais, freqüentemente cientes dos rótulos imputados a seu grupo, desenvolvem um alto grau de apreensão em situações nas quais entram em contato com outros indivíduos, pois temem que seu comportamento espontâneo acabe por confirmar os estereótipos (Marx e cols., 1999). Para estes autores, a ameaça do estereótipo é uma pressão situacional que pode interferir na performance intelectual do sujeito, tal como vimos no depoimento anterior. Em um momento posterior de sua vida, após ter sido demitido de um outro emprego por ser homossexual, o sujeito acima relatou ter desistido de participar de quaisquer processos seletivos.

Foi uma questão muito difícil de lidar a partir de então porque eu não consigo fingir que não sou homossexual e isso vai ser muito claro em toda e qualquer entrevista à qual eu me submeter e eu vou acabar fracassando. Eu não fui selecionado, não consegui mais me empregar, e chegou um determinado momento em que eu também abri mão, “não quero me submeter mais a essa tortura. É uma questão de dignidade não me submeter a isso”. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Outros sujeitos relataram que assumir a homossexualidade no ambiente de trabalho pode gerar conseqüências negativas, tais como a perda do emprego ou dificuldade de ascensão profissional.

Alguém sugeriu o nome de uma pessoa que tinha competência para ocupar um determinado cargo e eu me lembro que disseram “ele não pode ir porque ele é bicha”. Eu sabia que existia esse tipo de coisa e era muito engraçado porque falavam isso comigo, as pessoas não sabiam que eu era gay. Esse outro cara como era mais declarado, mais assumido, ele foi discriminado mesmo. Então eu acho que com medo disso eu me resguardei muito no trabalho. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Eu trabalhei 22 anos no estado e lá eu sofri toda sorte de preconceito. O preconceito das pessoas comigo era que eu tinha que me esconder, não podia me

mostrar, estar junto delas. O chefe da divisão me transferiu porque um colega que trabalhava comigo disse que não trabalhava com gay. Me transferiram quando eu estava de férias, o que não é nem legal. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Prosseguir numa carreira jurídica, adquirir a respeitabilidade do cargo, significa o enrustimento. A respeitabilidade é muito pequena quando um jurista é tido como homossexual e eu não quero ficar enrustido, eu não quero ir para um armário que eu nunca conheci. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Estes dados confirmam aqueles levantados por diversos autores (Badgett & King, 1997; Deaux & LaFrance, 1998; Escoffier, 1997; Mays & Cochran, 2001). Primeiramente, os homossexuais parecem ter razão em achar que serão discriminados no emprego se as pessoas souberem de sua orientação sexual: de acordo com pesquisas citadas pelos autores acima, mais de 30% dos homossexuais já experienciaram algum tipo de discriminação laboral. Em pesquisas recentes realizadas na Inglaterra (Arabsheibani e cols., 2006), detectou-se que homens gays ganham 6% a menos que heterossexuais e possuem uma probabilidade 3% menor de estarem empregados. O assédio sexual no ambiente de trabalho também não pode ser minimizado e com frequência gays são sujeitos a ameaças, intimidação e violência física. Em segundo lugar, não assumir a homossexualidade também tem um enorme impacto na vida profissional dos sujeitos, que são obrigados a ouvir piadas preconceituosas, deixam de levar seus companheiros às festas da empresa ou evitam falar sobre férias e assuntos pessoais com colegas ou chefes. Na medida em que este tipo de socialização no ambiente de trabalho ajuda a fazer aliados, levando, em última instância, a oportunidades de emprego ou ascensão profissional, os gays saem perdendo. Vale ressaltar que indivíduos solteiros também não conseguem determinadas promoções. Em um aspecto semelhante, Day e Schoenrade (1997) mencionam que homossexuais não-assumidos no ambiente de trabalho apresentam menores índices de satisfação laboral quando comparados a heterossexuais ou gays assumidos. Encurralados entre duas alternativas igualmente ruins (visto que tanto revelar a homossexualidade como não fazê-lo possui conseqüências negativas), muitos gays ficam sem saber como agir. Rostosky e Riggle (2002), por sua vez, encontraram uma forte correlação entre preconceito internalizado e baixos índices de assunção da homossexualidade no ambiente de trabalho, mencionando, igualmente, que os sujeitos que tinham parceiros assumidos no emprego possuíam maiores probabilidades de se assumirem também.

Acreditamos que uma das formas através da qual os homossexuais respondem ao preconceito no ambiente de trabalho é limitando suas expectativas profissionais e, portanto, seu potencial salarial. Importante retomar aqui a idéia de que, por serem mais escolarizados que o resto da população (DeLozier & Rodrigue, 1996; Kahan & Mylryan, 1995), os homossexuais teriam empregos mais bem remunerados. Apesar de nossa amostra ser tendenciosa neste sentido (pois entrevistamos apenas gays de classe média, parcela da sociedade que tende a ser mais escolarizada), supomos, levando em consideração o alto grau de discriminação laboral experienciado pelos homossexuais, que estes sujeitos não possuem, necessariamente, empregos (e salários) condizentes com seu grau de escolaridade (Lukenbill, 1999). Por outro lado, a discriminação laboral é ainda mais grave se levarmos em consideração que ter um emprego estável e bem remunerado é fundamental para indivíduos que não podem contar com o apoio da família ou de determinadas proteções legais comuns a casais heterossexuais. Em outras palavras, os gays precisam ser extremamente independentes e planejar seu futuro com cuidado, pois sabem que provavelmente terão de manter-se sozinhos pelo resto de suas vidas.

O elevado grau de discriminação experienciada na infância, sobretudo no ambiente escolar, despertou nossa atenção pela recorrência com que apareceu no discurso dos entrevistados. Assim, de acordo com dados levantados por Carrara e Ramos (2005), 27% dos homossexuais sofrem discriminação em ambientes escolares ou universitários (tal como ocorreu com um dos nossos sujeitos, mencionado anteriormente).

Desde a primeira série até o segundo grau, eu passei por situações... Eu sempre fui um menino diferente dos outros porque eu não gostava de jogar futebol, eu não era uma pessoa muito sociável, de ter amigos. Na escola a socialização parte do futebol e se você não está ali... Eu era uma pessoa que era posta de lado. Eu sempre era o melhor aluno. As professoras, a diretora, paravam para me elogiar. Eu ganhava concursos, estava toda hora aparecendo em jornal, rádio, eu era muito visado. Então qual era a forma das pessoas me criticarem? “Ah, ele é isso tudo, mas é viado”. Eu recebia bilhetinhos: “E aí viadinho, como está seu dia hoje? Vai dar a bunda hoje?”. Crianças são muito cruéis. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

As pessoas me discriminavam, os inspetores consentiam na discriminação, na pilhéria, na chacota. Eu era chicoteado com palavras o dia inteiro. Ninguém falava nada. Ao contrário, as pessoas compactuavam, professores e membros da diretoria escolar. E aquilo me angustiava muito e

reforçava ainda mais a culpa por não ser igual aos outros. (**Gustavo, 43 anos, advogado**)

Apesar de não termos abordado, na nossa revisão bibliográfica, o tema da discriminação experienciada por homossexuais no ambiente escolar (visto que esta tese tem por objetivo investigar a vivência de indivíduos adultos), este assunto se mostrou de suma importância e acreditamos que ele precise ser estudado em trabalhos posteriores. De fato, o problema da discriminação escolar parece ser tão grave que alguns países criaram escolas especificamente voltadas para estudantes homossexuais, bissexuais e transgêneros. Uma destas, a *Harvey Milk High School*¹⁰⁰, é uma escola pública que opera desde 2003 na cidade de Nova Iorque. Criticada tanto por setores conservadores da sociedade (que acreditam que a iniciativa é desnecessária e desperdiça recursos do estado), quanto por alguns militantes homossexuais (que postulam que este tipo de estabelecimento só aumentará o preconceito), a escola parece ter sido um “mal necessário” em função dos riscos que um ambiente escolar tradicional pode oferecer a estudantes homossexuais.

Pesquisas conduzidas nos Estados Unidos (*Human Rights Watch*, 2001; Kosciw & Diaz, 2006; Plummer, 2001), por exemplo, indicam que estudantes homossexuais sofrem discriminação verbal diariamente, incluindo comentários preconceituosos, piadas, xingamentos e ostracismo por parte de outros alunos. Violência física e sexual também foram relatadas em diversos casos e, com frequência, os episódios de discriminação eram ignorados ou incentivados por professores ou funcionários da escola. Na pesquisa realizada por Kosciw e Diaz (2006), 64% dos estudantes relataram se sentir inseguros na escola devido à sua orientação sexual. Assim, não deve nos surpreender o fato de que muitos destes estudantes apresentem dificuldades acadêmicas, abandonem precocemente os estudos, limitem o estabelecimento de metas profissionais ou, em casos mais graves, se suicidem. Tal como abordamos anteriormente nesta tese, diversas pesquisas (D’Augelli e cols., 1998; McDaniel e cols., 2001; Nicholas & Howard, 1998; Paul e cols., 2002; Remafedi, 1994; Remafedi e cols., 1991) apontam para o elevado índice de suicídio entre adolescentes e jovens homossexuais.

¹⁰⁰ O nome da escola é uma homenagem a Harvey Milk, um político de São Francisco assassinado em 1978 por ser homossexual (Castells, [1996] 2002).

Um estudo realizado pela UNESCO no Brasil (Castro e cols., 2004) revelou dados bastante semelhantes aos encontrados nos Estados Unidos. De acordo com esta pesquisa, 25% dos alunos não gostaria de ter um colega homossexual, enquanto que 15% considera a homossexualidade uma doença.

A discriminação contra alunos que são ou que são considerados homossexuais por parte dos colegas ocorre principalmente de forma velada, por meio de referências preconceituosas. A recorrência à linguagem pejorativa é comum na violência contra homossexuais, com o intuito de humilhar, discriminar, ofender, ignorar, isolar, tyrannizar e ameaçar. (Castro e cols., 2004: 303)

Esta pesquisa revelou, igualmente, que a discriminação contra gays é abertamente assumida e valorizada por alunos (principalmente os do sexo masculino) e que, na maioria dos casos, os professores banalizam, silenciam ou colaboram ativamente com a discriminação. De acordo com os autores, esta situação resulta no abandono da escola e em um baixo sentimento de pertencimento ao ambiente escolar.

Os relatos de discriminação durante a infância e adolescência, de um modo geral, também foram bastante significativos nas nossas entrevistas.

No momento em que a gente mais sofre é na infância. Isso é muito grave e ninguém pensa na infância. Eu era muito cobrado de ter que gostar de futebol, nessa coisa da identidade masculina que é imposta. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

No meu prédio tinha várias crianças, playground, campo de futebol, etc.. Eu era sempre excluído de tudo, quase nunca era convidado para as festas no prédio. (...) Tinha uma determinada vizinha que tinha dois filhos e eu me dava muito bem com eles, e em um aniversário de uma das crianças ela fez uma festa grande em casa e convidou todo mundo, menos a mim. Mas criança não se sente constrangida porque não recebeu um convite formal, eu era amigo das crianças, freqüentava a casa, e fui. Chegando lá ela me viu, ficou incomodada, me chamou num canto e disse: “você não foi convidado, vá embora”. Eu fui embora. Sofri muito com aquilo porque eu pensei: “meu Deus do céu ela não gosta de mim porque eu sou fresco”. Era muito uma palavra que se usava, “florzinha”, “mocinha”, “mulherzinha”. Eu com 8 anos era uma criança inocente e me botar para fora de casa foi uma coisa inesquecível. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Com 11-12 anos eu sofria muito isso, me chamavam de “mulherzinha”, “mariquinha”, e eu não me sentia assim. Era uma coisa muito difícil para mim porque eu não entendia bem por que eu tinha esse estereótipo. Essa fase foi muito difícil porque criança e adolescente é muito mau, eles não têm muita piedade nesse sentido. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Diversos entrevistados mencionaram não terem amigos de infância parecidos com eles nos quais pudessem se espelhar.

No colégio de padres onde estudei, eu nunca conheci nenhum homossexual, ninguém que demonstrasse qualquer semelhança de atitude, comportamento ou compreensão do mundo parecida com a minha. Em toda a minha vida na escola eu nunca consegui encontrar um amigo, alguém que eu pudesse compartilhar, ou pelo menos me sentir menos ameaçado por ser percebido mais doce. Eu fui me fechando cada vez mais. Um belo dia, muitos anos depois, eu encontrei com uma pessoa que estudou comigo lá e começamos a conversar sobre as pessoas e ele disse: “ah, fulana é lésbica”, o outro morreu de AIDS, era gay, não sei o quê. Quer dizer, que coisa complicada, né? O quão ameaçador nós homossexuais somos à existência de outras pessoas. Enquanto identidade, entendeu? Porque hoje olhando retrospectivamente é impossível que em um universo de tantos alunos só eu fosse gay. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Dois entrevistados terem relatado espontaneamente experiências sexuais infantis traumáticas, incluindo abuso sexual.

Meu pai é de uma cidade pequena no interior do estado. Ali eu comecei a minha vida sexual. Ali eu fui servido, literalmente, aos rapazes, aos meus primos, inicialmente. Eu fui sucessivamente penetrado por primos... me levavam para o murão e lá tinham 15 para me comer, todos grandes. O sofrimento da penetração é horrível, é uma coisa que até hoje me acompanha. E ali eu desenvolvi as primeiras emoções por pessoas do mesmo sexo. Eu desenvolvi carinho e amor por quem abusava de mim sexualmente. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Teve um fato que aconteceu comigo quando eu tinha 11 ou 12 anos. Tinha um freguês no bar do meu pai e era um cara que eu tinha um super contato, era uma pessoa que eu gostava de conversar. Um dia... Tinha uma parte que era o depósito e lá tinha um banheiro para os fregueses. E as vezes eu ia lá para levar as caixas de refrigerante e cerveja. Aí eu entrei com uma caixa para colocar e no que eu entrei ele estava no banheiro e me chamou. Fez assim: “psiu, vem cá”. Eu pensei que era alguma coisa, estava entupido e tal, mas ele veio mostrar o pau para mim. Ele estava me chamando para eu chupar ou segurar, sei lá. Aquilo me deu uma facada, me machucou muito, eu me senti traído. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Para este sujeito, a experiência acima fez com que ele desde criança começasse a associar “masculinidade” com “promiscuidade”, associação esta que, segundo ele, teve repercussões importantes em sua vida sexual adulta.

Assim como apontado por Carrara e Ramos (2005), o preconceito por parte da família também apareceu em uma série de entrevistas, sugerindo que, em muitos casos, a aceitação familiar era condicional. Em outras palavras, podemos

dizer que o homossexual era tolerado desde que ele não expusesse sua orientação sexual ou seus relacionamentos amorosos.

Eu já ouvi de algumas pessoas, inclusive do meu irmão, a explicitação de que eles têm preconceito. Eu tenho, por exemplo, uma cunhada, que é psicóloga, e certa vez em um almoço de família surgiu o assunto da homossexualidade e ela disse: “eu sou psicóloga, estudei todas as teorias sobre homossexualidade, eu entendo, mas eu não aceito”. Para mim entrou por um ouvido e saiu pelo outro. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Eu namorei um rapaz durante muitos anos, nós terminamos, ficamos amigos e a família dele não era daqui e no Natal ele não tinha nenhum lugar para passar. Aí eu perguntei para o meu irmão se eu podia levar ele para passar o Natal com a gente e o meu irmão falou: “Ah, Natal é uma coisa só para a família”. Eu encarei aquilo como uma coisa de preconceito, de discriminação. Poxa, Natal, né? Natal é para celebrar o amor, a amizade, os afetos, de reunir as pessoas. Ele colocar essa restrição... **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Eu sempre me esforçava para ser tolerado. Era uma esforço muito grande, mas eu percebia que essa tolerância era sempre passível de ser revogada a qualquer instante. Então, por exemplo, era assim: vamos todos a uma festa? Mas a recomendação era sempre “se comporte, não fale fino, não desmunheque”. E isso me irritava, porque eu percebia muito claramente que eu tinha sempre uma função utilitária. Eu servia enquanto bicha para maquiagem as primas, para dar uma orientação na roupa... Enfim, coisas típicas que se espera de uma bicha. Mas quando eu ultrapassasse essa barreira, eu era rejeitado. Isso eram coisas que sempre me traziam a tona o seguinte: você serve para dar dica de maquiagem, dica de roupa, para fazer favores, mas jamais para ser quem você é. (...) Hoje, graças a Deus, eu consegui me liberar dessa coisa de eu querer me esforçar para agradar. E ser atencioso, ser gentil, era uma forma de compensação. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

De fato, tal como postulado por diversos autores (Crocker e cols., 1998; Gonsiorek, 1988; Malyon, 1982; Pharr, 1988), a estratégia de *supercompensação* é freqüentemente utilizada por indivíduos com preconceito internalizado. Neste sentido, os homossexuais tentariam superar o preconceito comportando-se de maneiras extremamente positivas e buscando sempre atingir um nível cultural ou econômico superior ao da maior parte da população. Podemos mencionar, assim, que nas interações entre gays e heterossexuais, o homossexual suportaria o peso de ter que convencer o outro de que ele é merecedor de amor e de respeito, tanto quanto qualquer outra pessoa (Frable e cols., 1990).

O profundo e subjacente medo de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros é que no centro do seu ser eles são irreparavelmente defeituosos e inaceitáveis para a sociedade, para suas famílias, e para eles mesmos. Com isto pode advir a crença de que não importa o quão bem sucedidos eles sejam em

outros aspectos das suas vidas, quão brilhantes ou famosos - no fundo, eles não prestam. (Finnegan & McNally, 2002: 96; tradução nossa)

Este tema também foi abordado pelos entrevistados abaixo:

Para a gente ser gay, se assumir, encarar uma situação como essa, a gente tem que ser o melhor em tudo. Eu sempre fui o melhor aluno da minha turma. Eu estudava muito porque eu já sou gay, então eu tenho que ser muito bom naquilo. No meu trabalho eu tinha que ser o melhor, ia muito, estudava muito. Você tinha que se destacar de alguma forma. “Fulano é gay, mas é tão competente!” Aquela coisa de “é bicha, mas tem isso aqui”. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

As pessoas que são gays, talvez pelo fato de serem gays, são mais eficientes, se cobram mais, se capacitam mais. Talvez para tentar provar, já que eu vou ter que enfrentar o preconceito, eu vou ter que ser bom nisso, tenho que ser o melhor, como se fosse um contrapeso. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Expressões do tipo “ele é gay *mas* é legal” servem apenas para reforçar os estereótipos iniciais sob uma aparência de suposta aceitação do indivíduo homossexual que foge à regra. Este fenômeno é explicado por Fiske (1998) e Myers (2000) que afirmam que a maioria das pessoas é capaz de identificar informações que contradigam um determinado estereótipo. No entanto, quando estas exceções se concentram apenas em alguns homossexuais “atípicos”, o sujeito pode manter o estereótipo antigo dividindo-o em uma nova categoria chamada subtipo. Em outras palavras, a criação de um subgrupo do estereótipo ajudaria a manter o estereótipo geral, justificando e perpetuando o *status quo* de discriminação.

Um tema que chamou nossa atenção foi a relação de alguns entrevistados com suas mães, relação esta que, segundo eles próprios, marcou profundamente suas identidades e auto-estima devido aos fortes elementos de preconceito existentes. Em primeiro lugar um dos sujeitos acredita que a desconfiança de sua mãe com relação às mulheres é uma das explicações para o fato dele ser homossexual.

Eu lembro que quando eu era criança minha mãe dizia com grande ênfase: “as meninas não são confiáveis, as meninas são fofoqueiras, traidoras; a gente não deve confiar nas meninas. Os meninos são muito mais sinceros, mais abertos”. Isso ficou inculcado em mim, então eu acho que eu nunca confiei que eu pudesse receber das mulheres amor, carinho. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Alguns indivíduos foram constantemente alertados por suas mães com relação a abusos sexuais por parte de outros homens. O primeiro entrevistado relatou sofrer muito por causa do olhar persecutório da mãe e da vigilância exercida por esta sobre sua sexualidade, enquanto o segundo mencionou ter aprendido desde cedo que ter prazer anal era algo proibido.

No primeiro ano da escola eu chego em casa e minha mãe me previne contra abusos de padres em escolas masculinas e resolve me examinar para ver se eu tinha sido penetrado, me colocou de quatro para ver meu ânus. Eu deixei ela me examinar, uma coisa horrível uma criança de 6 anos ser submetida a essa situação por sua mãe. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Desde criança a minha mãe falava para mim, quando eu ia para escola: “olha se o coleguinha te chamar e quiser botar o dedo lá atrás, no buraquinho, você não deixa não, tá? Que sangra, machuca, isso dá doença. Você chama a professora na hora. Não deixa não, hein?”. Ela falava isso constantemente. Então eu sabia que prazer sexual no ânus era proibido, aquela região no homem não podia ser tocada. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Mais adiante este mesmo sujeito relatou um segundo episódio no qual a mãe o obrigou a afirmar sua heterossexualidade.

Minha irmã uma vez chegou para a minha mãe - isso me marcou muito - e disse: “uma menina lá da escola veio perguntar para mim se o meu irmão era viado, porque está todo mundo lá dizendo que ele é viado”. Eu fiquei com um ódio... E minha mãe disse para mim: “olha, você vai chegar lá, pegar a garota em um canto e falar ‘você quer que eu te mostre quem é viado? Vamos lá para um canto para eu te comer para eu te mostrar quem é viado’”. Minha mãe me falou para falar isso. Eu devia ter 13 anos. E eu fui para a garota falar isso, morrendo de medo, mas eu tinha que me posicionar. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Outro entrevistado foi expulso de casa pela mãe aos 14 anos de idade.

Aos 14 anos de idade ela me colocou para fora de casa e aí começou um martírio de prostituição, de abandono, de me expor e de me submeter a tudo. É um trauma do qual eu jamais me recuperei, acho que jamais vou me recuperar porque eu passei o pão que o diabo amassou, de chegar a mastigar papel para aliviar a fome. Eu batia com fome na porta dela. Ela abria a janelinha e me dava uma tangerina, uma laranja, mas dizia “vai embora”. Acabei voltando para casa em regime de *open house* 1 ano depois, e ela me fazia ver, me fez acreditar, que eu era responsável por tudo aquilo, que ela fez aquilo porque eu mereci e que tudo aquilo era para o meu bem. Eu tive que aceitar ter sido colocado para fora de casa para aliviar a culpa que ela sentia. Eu interiorizei a culpa dela e construí uma culpa muito maior. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Perguntado sobre sua relação atual com a mãe este mesmo entrevistado respondeu:

A minha auto-estima sempre foi muito baixa, por causa dela. Ela era uma pessoa que gritava 24 horas por dia que preferia um filho morto do que homossexual. Eu não faço a menor questão de ter relação com ela. Eu não falo com ela, não a vejo, tem uns 4 anos. Eu tenho sentimento, afeto, mas não quero convívio com uma pessoa que sempre me aniquilou, me reduziu a pó, sempre fez questão absoluta de demonstrar o meu pouco valor, de apontar todas as minhas falhas. Ela não consegue me ver enquanto ser humano. Para você ter uma idéia: eu me olhava no espelho e eu nunca me via, eu só via ela. Que coisa louca né? **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Este entrevistado também relatou que aos 11 anos de idade começou a tomar hormônio masculino por indicação médica, a pedido da mãe. Relatos de indivíduos que foram obrigados por suas mães a se submeterem a terapias para “curar” a homossexualidade, também foram comuns.

Na época que minha mãe descobriu que eu era homossexual, ela foi procurar um psicólogo, porque ela achava que eu ia fazer algum tratamento para sarar. Depois ela ficou com muita raiva da psicóloga porque ela disse: “ele não tem problema nenhum, quem está precisando de tratamento é a senhora”. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Quando eu era criança minha mãe me levou num psicólogo por conta dessa coisa da homossexualidade porque eu estaria andando, rebolando, com um comportamento feminino. Me indicaram um psicanalista e um dos critérios da indicação era porque ele era homem, aquela idéia da figura masculina. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Quando eu contei para a família que era gay obviamente me jogaram num terapeuta, porque eles acharam que ele iria me transformar em heterossexual de alguma forma. E o terapeuta queria me comer! Quando eu ia para as sessões com ele, ele estava de pau duro! Foi uma coisa horrível. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Em contraposição às reações familiares descritas acima, que parecem ter gerado conflitos maiores para os sujeitos, a atitude dos círculos de amigos dos entrevistados foi bastante positiva e foram relatados poucos casos no qual o indivíduo perdeu amigos após a revelação de sua orientação sexual. Os sujeitos mencionaram também que possuem um número semelhante de amigos heterossexuais e homossexuais e que se relacionam igualmente bem com diversos grupos sociais. Por fim, mencionamos que alguns sujeitos relataram nunca terem se sentido discriminados, seja pelo fato de serem homossexuais com uma

aparência considerada “masculina”, seja porque tentam adotar uma postura que eles chamaram de “respeitosa” (isto é, adequada às distintas situações sociais), ou porque exercem profissões onde a incidência de homossexuais é considerada elevada (tais como arquitetura e design). O único entrevistado negro da amostra, por sua vez, afirma ter aprendido que “eu só sinto discriminação se eu me sentir discriminado”, isto é, “se eu deixar que ela me afete”.

Quando definimos pela primeira vez o termo *preconceito*, postulamos que apesar deste ser usado quase sempre em sua acepção negativa, ele, em teoria, também pode ser positivo. Assim, o *preconceito positivo* seria aquele no qual um determinado indivíduo possui um pré-juízo favorável com relação aos homossexuais, acreditando que os gays possuem determinadas características físicas ou mentais que ele julga positivamente. Em outras palavras, uma pessoa pode preferir escolher um candidato abertamente homossexual para um emprego que requeira “sensibilidade” por acreditar, por exemplo, no estereótipo de que todo gay é sensível. Apesar de ainda ser fundamentalmente negativo (pois se baseia em estereótipos), o preconceito positivo pode funcionar a favor do homossexual, caso o sujeito saiba como tirar proveito dele.

Tanto quanto saibamos, o fenômeno do preconceito positivo não tem sido largamente estudado pela Psicologia Social, e não fomos capazes de encontrar artigos que tratassem especificamente deste tema com relação aos homossexuais. Não obstante, existem alguns trabalhos sobre o preconceito positivo relacionado à beleza ou à atratividade física (e. g. Mobius & Rosenblat, 2006; Sigall & Ostrove, 1991). Ao que parece, o assunto tem sido pouco investigado devido à crença de que qualquer preconceito é essencialmente negativo (pois enquadra o sujeito em estereótipos, limitando a expressão de sua individualidade), não importando, assim, se este possui conseqüências prejudiciais ou benéficas para o indivíduo. No entanto, acreditamos firmemente na importância do estudo do preconceito positivo e de que forma este afeta a vida de homossexuais que se deparam com ele.

Perguntados sobre se haveria preconceito positivo a favor de homossexuais apenas 2 sujeitos acreditam que não, mencionando que o preconceito nunca é uma atitude positiva, pois marginaliza determinados setores da sociedade. A grande maioria dos entrevistados, no entanto, acredita na existência deste tipo de preconceito e aponta para uma série de estereótipos

positivos com relação aos gays, tais como: alegria, inteligência, flexibilidade, bom gosto e sensibilidade. Vale lembrar que estereótipos semelhantes foram encontrados por Haddock e Zanna (1998). Alguns sujeitos, inclusive, parecem acreditar na veracidade destes estereótipos.

Os gays têm determinadas nuances diferentes dos heterossexuais. Talvez na forma de falar, no cuidado de entender o outro, ser mais acolhedor, mais carinhoso, menos ríspido, mais flexível na vida. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

É o lado positivo do estereótipo, que os gays são sensíveis, excelentes confidentes para as mulheres, sofisticados, refinados, educados, cultivados. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Eu acho que tem com relação à questão do gosto, de dar um pitaco positivo. Lá no meu trabalho tem muito disso, sempre me perguntam o que eu acho. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Para outros indivíduos, o preconceito positivo seria particularmente evidente na contratação de indivíduos para determinadas profissões, tais como Comissário de Bordo, Atendente de Telemarketing, Arquiteto ou Cabeleireiro, por exemplo.

Eu já ouvi várias vezes gente dizendo que cabeleireiro tem que ser gay porque se não, não dá certo. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Existem funções de trabalho, tipo comissário de bordo, cabeleireiro, que exigem uma atitude que o gay tem muito mais a predispor, do que uma pessoa que não seja gay. A serventia, a simpatia, a paciência, a alegria. Tudo isso é uma coisa que o povo gay em geral tem. Eu acho que é por uma forma de a gente viver, uma forma mais leve. O gay assumido é muito mais leve para se lidar, para discutir problemas, para poder levar adiante qualquer situação. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Eu já ouvi cliente dizer assim: “mas você não é tão gay, né?” Porque quer contratar um arquiteto que desmunheque, dê escândalo. As pessoas acham que para ser arquiteto tem que ser gay. Tem até uma brincadeira que as pessoas falam que “nem todo gay é arquiteto, mas todo arquiteto é gay”. Acha que a pessoa é mais sensível, tem mais gosto, aquela coisa de preconceito positivo. O gay é mais sensível, sabe fazer mais as coisas, é mais artístico. Até pode ser que tenha uma sensibilidade maior... **(Sílvio, 46 anos, arquiteto)**

No que se refere à maior sensibilidade dos homossexuais, alguns sujeitos acreditam que esta sensibilidade especial não deriva de uma característica intrínseca à homossexualidade, mas é fruto da experiência de encobrimento que

faz com que o indivíduo tenha que prestar constante atenção ao meio à sua volta, analisando detalhes imperceptíveis para a maioria das pessoas.

Essa questão de você buscar artifícios para se esconder, para ocultar, vai criando em você uma condição, uma qualidade de percepção maior do que a das outras pessoas. Que não é nato, é algo adquirido. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Eu acho que tem muitos gays que são muito mais sensatos, até em função do preconceito, de toda a estória de vida que você vive, você observa muito os outros, fica muito ligado, antenado. Eu sempre fui uma pessoa muito ligada e muito preocupada com o que os outros iam pensar de mim, então eu observava muito o outro. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

A idéia de que os homossexuais são mais “sensíveis” do que o resto da população precisa ser analisada com maiores detalhes. Em primeiro lugar, podemos dizer, tal como nos é apontado por Goffman ([1963] 1988), que tendemos a imputar aos estigmatizados uma série de atributos *desejáveis* mas não *desejados*, freqüentemente de natureza sobrenatural tais como “sexto sentido”, “percepção” e, no caso específico dos homossexuais, “sensibilidade” e “criatividade”. Por outro lado, os próprios gays podem achar estes estereótipos positivos e, por isso, difíceis de resistir. Desta forma, segundo Fiske (1998), não é incomum que determinados estereótipos positivos sejam compartilhados tanto por heterossexuais como por homossexuais, particularmente quando o estereótipo está relacionado à identidade, orgulho e auto-estima grupal.

Em segundo lugar, diversos autores (Margolies e cols., 1987; Pollak, 1985) têm, de fato, concordado em que os gays são mais sensíveis do que o resto da população, não devido a uma essência localizada na natureza de sua orientação sexual, mas originária de uma lucidez específica proveniente da experiência de encobrimento. Em outras palavras, o encobrimento faria com que os homossexuais se tornassem observadores astutos das relações humanas, constantemente analisando-as e criticando-as. Deste modo, por ocupar uma posição social de certa forma marginalizada, os gays adquirem a capacidade de adotar pontos de vista que o resto da população não tem. Segundo Freitas e cols. (1996), o encobrimento é um componente central das experiências compartilhadas pelos homossexuais, tornando-os mais atentos a detalhes, devido à necessidade de estarem continuamente se defendendo de ataques externos. Assim, os detalhes constituiriam o campo simbólico e conceitual da sensibilidade homossexual.

Alguns sujeitos postularam explicações alternativas para o fenômeno do preconceito positivo a favor de homossexuais. Para estes indivíduos os meios de comunicação de massa estimulariam a idéia de que ser gay está na moda, e de que é politicamente correto ter amigos de distintas orientações sexuais. De fato, tal como nos apontou um entrevistado, o homossexual, sobretudo o que é efeminado, é aceito pela sociedade desde que ele seja caricatural, engraçado.

Teve um momento que tava meio na moda tipo “toda festa tem que ter um gay, um casal gay”, para ficar mais interessante. Ficou uma coisa meio *fashion*, folclórica, diferente. “Vamos todos ter um amigo gay porque é chique”.
(**Márcio, 55 anos, advogado aposentado**)

Existe esse preconceito positivo também por uma indução do politicamente correto, principalmente por parte da alta intelectualidade. A questão das cotas raciais, étnicas, é quase como se houvesse uma cota gay. Todo mundo agora quer dizer que tem amigos gays. “Eu tenho amigos gays, nunca tive preconceito, o fulano e o sicrano freqüentam a minha casa, são meus amigos”.
(**Otávio, 44 anos, professor**)

É aquela coisa de “vamos botar essa bicha aqui para quebrar a rigidez”. Eu percebo que as pessoas de uma maneira geral toleram o homossexual enquanto útil. “Ele serve porque ele é bicha, a gente tem que ter uma bicha, tem que ser politicamente correto, a bicha vai dar a dica da decoração, ela é cômica, levanta o astral”. (**Gustavo, 43 anos, advogado**)

Com relação ao preconceito intra-grupal, todos os nossos entrevistados relataram haver preconceito entre homossexuais, sobretudo contra gays efeminados, travestis, lésbicas, bissexuais, indivíduos de classe baixa ou homossexuais não-assumidos.

Homossexuais efeminados sofrem muito. Mas, entre o povo heterodiscordante, eu diria que as pessoas transgênero. Todas as pessoas que não desempenham o papel social, que não buscam se adequar à expectativa de heteronormatividade de gênero, são perseguidas. É a fanchona, a caminhoneira, a bicha que desmunheca, ou então o transgênero, a travesti, etc. Nós somos muito perseguidos. (**Gustavo, 43 anos, advogado**)

O homossexual pobre é alvo de discriminação pelos próprios homossexuais. Tem muita piada, muita gíria, bichinha pão-com-ovo¹⁰¹, ou bichinha pão-com-manteiga. Eu acho isso bastante desvalorizante, discriminatório. Tem isso a nível do homossexual de classe baixa e também do homossexual pinto, que tem um comportamento feminino muito acentuado. Aí

¹⁰¹ Segundo Beto de Jesus (comunicação pessoal, 2006) a gíria “bicha pão com ovo” é uma forma pejorativa e depreciativa para se referir a gays mais pobres, moradores da periferia e com pouca instrução.

tem outras expressões: bichinha quá-qua-quá, pintosa. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Eu acho que são os gays mais pobres que tentam ser uma coisa que eles não são. Então existe hoje o protótipo do gay fortinho, marombado, as *Barbies*, que esse é o objetivo de todos os gays mais pobres, de ter uma blusa de grife, de ter um peito saliente, um braço forte, de ir numa boate e poder ter roupas caras, etc. Esse é o ideal, o padrão. E essas pessoas que tentam ser aquilo que elas não são para o gay isso é uma coisa terrível. Existe todo um preconceito dentro do mundo gay, quem é mais bichinha ou menos bichinha, fala desse jeito ou de outro, coloca essa ou esta roupa. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Perguntados sobre os motivos pelos quais este preconceito ocorreria, alguns entrevistados mencionaram que ser vistos ao lado de um homossexual efeminado causaria desconforto em muitos gays devido à possibilidade de revelação do estigma.

Um namorado em potencial, um paquera, ele olha 3 vezes e pensa: “não, você é muito viado para mim, vai sujar a minha barra, vai me denunciar e alguém vai entender que eu sou viado também”. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Tem a questão “eu não sou efeminado e não gosto de efeminados”. Eu tenho a impressão de que um gay não-efeminado tem medo da convivência com um gay efeminado no sentido de denunciar a sua opção sexual. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

O homossexual efeminado causa uma certa repulsa. Uma roupa ou um gestual acentuadamente feminino é uma coisa que incomoda. Os homossexuais que são mais assumidos socialmente também geram um certo mal-estar por parte de alguns homossexuais que têm dificuldade de se assumir. A visibilidade desses homossexuais incomoda. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Outros sujeitos mencionaram que este preconceito se deve a um culto exacerbado da masculinidade pela comunidade gay. O preconceito entre homossexuais também seria particularmente visível em sites de relacionamento na internet, onde as frases “não quero efeminados” apareceriam com frequência nos perfis dos usuários.

Hoje existe uma tendência, que me incomoda, um culto à hipermasculinidade. Então entre os gays nos sites de relacionamento o discurso é sempre o mesmo: “macho querendo macho”, “nada contra efeminados, apenas não tenho tesão”. É um lugar comum, uma repetição, e eu acho uma coisa tão pobre... E alguns dizem assim: “não, esse não é gay, é travesti”, o outro é efeminado, *Barbie*, *bear*... Eles começam a discriminar, a querer classificar... **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Acho que parte dessa padronização internacional da homossexualidade é baseada num tipo mais masculinizado, então talvez isto tenha a ver com a discriminação entre os próprios gays também. É difícil determinar porque no fim está todo mundo preocupado em não ser uma bichinha, em ser masculino. É só entrar no *Orkut* e ver o perfil das pessoas, ver como as pessoas se descrevem no *chat*. (Fabiano, 36 anos, antropólogo)

Tal como discutimos em Nunan (2001), a partir dos anos 90 o modelo de homossexual “supermacho”¹⁰² (que marcou as décadas de 70 e 80) parece ter arrefecido em prol de um culto ao corpo, com elementos claramente andróginos, característico do subgrupo das *Barbies*. Autores como Fry e MacRae (1983) apontam para o forte preconceito que este fenômeno provocou dentro da comunidade gay: os homossexuais efeminados, feios, velhos, pobres ou negros que não se encaixam neste padrão de beleza, tendem a ser estigmatizados e excluídos.

Perguntados a respeito do motivo pelo qual haveria preconceito entre homossexuais, a maioria dos sujeitos disse que o preconceito é inerente ao ser humano e que outras minorias sociais (tais como os negros) também se discriminam entre si. Este fenômeno seria decorrente do medo que as pessoas sentem daquilo que é diferente, aliado ao fato de que os homossexuais também foram criados em uma sociedade preconceituosa e que, por este motivo, carregam consigo estereótipos contra uma série de grupos. Tal como aponta Bohan (1996), a comunidade gay é um versão menor da sociedade mais ampla e com frequência manifesta seu racismo, classismo, sexismo e outros tipos de preconceitos. O importante, no entanto, é estar atento para o preconceito e não deixar que este prejudique as relações sociais. Alguns sujeitos mencionaram também que o preconceito entre gays era extremamente negativo, pois criava “um gueto dentro de um gueto”, enquanto outros lembraram que quando homossexuais possuem preconceito entre si eles perdem o direito de reivindicar que o resto da sociedade deixe de ter preconceito contra gays e lésbicas, de uma forma geral.

A maioria dos entrevistados revelou que possui preconceito contra alguns grupos de homossexuais, incluindo gays efeminados, travestis, *Barbies*, bissexuais ou lésbicas. Um indivíduo disse ter preconceito contra pessoas que têm

¹⁰² Os “supermachos”, que adotavam um modelo teatralmente masculino, vestiam roupas de couro, botas pesadas e usavam cabelo curto, barba e bigode, apoiando um conceito de virilidade tradicional. As imagens míticas deste período são os cowboys, policiais, bombeiros, motoristas de caminhão e esportistas, tal como apresentados, por exemplo, pelo grupo musical *Village People*.

preconceito e que é a efeminação excessiva de alguns homossexuais que faz com que a identidade sexual de outros gays passe despercebida. Especificamente com relação a gays efeminados e travestis os entrevistados disseram que se sentem ameaçados pelo fato de que estes indivíduos possam revelar, de alguma forma, seu estigma. Outros se preocupam em entrar em contato com características consideradas femininas.

Eu tenho um preconceito em relação a aqueles muito efeminados... um medo de estar em um lugar público com eles. De estar andando, estar junto com alguns, e alguém falar “olha lá a bichona”. Eu tenho medo de encontrar com pessoas do trabalho. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Eu não gosto de sair com gente que dá pinta, de ser visto na rua com gente assim. Eu não gosto pela atitude. A gente vai ser foco de comentários maldosos. Então eu acho que o preconceito é mais uma auto-preservação, uma preservação que você faz para si mesmo para não ser rotulado no mesmo nível que as outras pessoas com as quais você está saindo. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Eu não tenho amigos com trejeitos gays, mas não é por eles serem gays. Eu também não tenho amigos com super trejeitos, sejam mulheres ou homens. Acho essas pessoas invasivas, sabe? As vezes eu acho que tem um grupo gay que invade, que para se auto-afirmar precisa expressar aquilo daquele jeito. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Estes entrevistados afirmam que sentem medo ou vergonha ao verem este tipo de pessoa na rua e que evitam serem vistos na sua companhia. De acordo com estes sujeitos, o homossexual é um homem como qualquer outro e por isso não precisa parecer-se com o sexo oposto, nem chocar os outros com uma aparência efeminada. A orientação sexual é considerada um aspecto da vida privada que não deve ser exibido na rua. A expressão mais utilizada para se referir a este tipo de homossexual foi “*bicha* pintosa” ou “dar pinta”, que pode ser traduzida da seguinte forma: “dar pinta” é adotar um comportamento ou aparência física efeminada/estereotipada que faz com que o indivíduo seja rapidamente identificado como gay pelas demais pessoas. Em outras palavras, significa chamar a atenção para a própria sexualidade.

Eu acho que eu nunca seria amigo de um travesti. Porque me incomoda aquela coisa meio dúbia de ser meio homem meio mulher, acho muito afetados. De repente não tem a ver com a minha realidade, não vou conseguir conversar muito, mas é puro preconceito. Tem muito travesti inteligente e gente boa. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Existem situações que eu realmente preciso digerir e olha que eu sou moderninho. Tipo, eu preciso ficar confortável com travestis, por exemplo. Não é uma sintonia automática, não é mesmo. Eu tenho alguns amigos que fazem *cross-dressing*, se vestem de mulher, e ainda assim hoje eu preciso de alguns minutos para digerir, então isso me diz alguma coisa. Talvez seja assim que os heterossexuais nos vejam. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Eu era preconceituoso com o gay muito efeminado. Porque a minha preferência sexual sempre foi muito clara, eu sempre me envolvi com mulheres que eram muito femininas e homens que eram muito masculinos. E para mim os códigos não se misturavam, então eu tinha uma certa implicância com mulheres que eram muito masculinas ou com homens que eram muito femininos. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Não precisa ser efeminado. É uma opção sexual, não uma mudança de sexo. O homem vai ser homem e a mulher vai ser mulher. Cada um vai ser cada um, sempre. Mesmo que se opere, que se mutile, é homem, é mulher. Eu acho errado ficar com comportamento de mulher, disso eu não gosto. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Os discursos acima nos remetem à idéia de que o repúdio a gays efeminados reforça, na verdade, padrões normativos de masculinidade e feminilidade. Quando os sujeitos dizem “homem tem que ser homem” (e conseqüentemente, “mulher tem que ser mulher”), eles estão postulando que existem normas adequadas para ser homem ou mulher, e que a *bicha* ou o travesti subvertem estas normas de gênero. De fato, este parece ser um dos motivos pelos quais os homossexuais efeminados são discriminados tanto por heterossexuais quanto por homossexuais, sendo freqüentemente alvo de violência física ou verbal, tal como corroboram Franklin (1998) e Kite e Whitley (1998). Personagens públicas, tais como a travesti Rogéria e a transexual Roberta Close, são amplamente aceitas pela sociedade brasileira, justamente porque reforçam as normas de gênero consideradas apropriadas para as mulheres, dados estes corroborados por Green (1999).

Cox e Gallois (1996) nos oferecem uma outra possível explicação para o fato dos homossexuais terem preconceito contra gays efeminados. De acordo com postulados da Psicologia Social tais como a *Teoria da Comparação Social*, o ser humano está sempre comparando o seu grupo com outros grupos ao redor. Neste sentido, ao comparar-se com os heterossexuais, muitos homossexuais podem vir a desenvolver uma baixa auto-estima, pois em várias instâncias o grupo homossexual é visto como inferior e estigmatizado. Assim, segundo estes estudiosos, uma forma de ganhar a auto-estima perdida é comparar-se com grupos

ainda mais inferiorizados socialmente, no caso, os homossexuais efeminados. Apesar de acreditarmos na validade da explicação acima, postulamos, junto com outros autores (Jacobs, 1997; Kite & Whitley, 1998), que a crença veiculada por nossos sujeitos de que “você pode ser homossexual, contanto que seja um homem”, deve ser também analisada à luz dos benefícios associados à masculinidade em uma sociedade patriarcal. Ao invés de demonstrar insegurança sobre o fato de ser homossexual ou de temer entrar em contato com características femininas, o preconceito contra gays efeminados pode sugerir um desconforto com a possibilidade de perder o status do gênero masculino, que ocorreria se as pessoas continuassem a identificar os homossexuais com as mulheres.

Com relação às *Barbies* os entrevistados disseram que as consideram fúteis, enquanto que as lésbicas são discriminadas por serem “masculinizadas” e “agressivas”. Tal como vimos em Nunan (2001), o universo das lésbicas parece ser bastante distinto do dos homossexuais masculinos, o que faz com que gays e lésbicas possuam subculturas bastante diferentes, raramente sendo vistos juntos nos mesmos lugares. O pouco contato acaba reforçando estereótipos e preconceitos, advindos da falta de entendimento da vivência particular a cada grupo.

Eu tenho preconceito contra a lésbica que quer ser super masculina, e quer brigar, e você vai na boate de mulher e tem um milhão de brigas. Em boate gay masculina não tem briga. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Eu vejo um fortinho, malhado, e começo a pensar: “esse garoto não tem nada na cabeça porque ele é *Barbie*, cultiva o corpo, ele é uma cara vazia, fútil”. Eu penso isso de ante-mão e me afasto. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Eu não tenho muita paciência para um gay que gosta de festa *rave*, bichinha que só pensa em etiqueta de roupa, que pensa na próxima festa... Eu não chamaria uma pessoa dessas para uma mesa comigo para sentar e tomar chope. Porque eu não vou conversar com um garoto que está preocupado com a camiseta *Gucci* que ele comprou.... **(Sílvio, 46 anos, arquiteto)**

Bissexuais, por sua vez, foram criticados por serem indivíduos que vivem com culpa por levarem uma vida dupla e que, por este motivo, acabam contaminando suas mulheres com o vírus do HIV.

Por que que as mulheres começaram a ser mais contaminadas? Porque existem muitos bissexuais. E isso não é quantificado porque é muito difícil falar de homens casados que têm práticas homossexuais. Tem muito mais do que a

gente imagina. Isso eu acho preocupante, porque geralmente essas pessoas têm menos cuidado, porque homens casados que procuram homossexuais, garotos de programa, ou travestis, não podem assumir isso, como a gente faz, então fica sempre aquela coisa escondida no quarto escuro, no banheiro não sei da onde, e acabam ficando muito mais expostos à doença porque se protegem menos do que quem se assume. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

De fato, tal como vimos anteriormente, bissexuais não-assumidos ou homossexuais com preconceito internalizado, possuem um risco maior de infecção pelo vírus do HIV. Isto ocorre porque por não se identificarem como gays, nem participarem de eventos dentro da comunidade homossexual, estes indivíduos estão menos expostos a materiais educativos sobre práticas de sexo seguro direcionadas a eles, tornando-os mais propensos a adotar comportamentos de risco (Finnegan & McNally, 2002).

Relacionamento afetivo

Perguntados sobre o que esperavam de um relacionamento amoroso, os entrevistados mencionaram, de um modo geral, as seguintes características: companheirismo, respeito, amor, sexo, lealdade, solidariedade, amizade, afinidade, cumplicidade, sinceridade, confiança, admiração, incentivo, crescimento pessoal e construção de uma vida juntos. Alguns sujeitos ressaltaram a importância dos membros do casal manterem as suas individualidades, enquanto outros lembraram que tanto heterossexuais como homossexuais dariam importância aos mesmos elementos dentro de um relacionamento.

Eu espero o que todo mundo espera. Afeto, que você possa dividir, compartilhar, viver bem. Como nós estamos juntos há tanto tempo, claro que nosso relacionamento foi mudando ao longo dos anos. Hoje nós somos mais grandes companheiros e amigos que vivemos juntos, do que um casal. Mas o que eu esperava de um relacionamento, eu tive, que é uma pessoa que foi meu companheiro, a gente foi crescendo juntos, construiu tudo junto. Não foi um mar de rosas, claro, nós tivemos muitos problemas, mas nós conseguimos superar todos eles e ficar juntos. O que eu esperava e o que eu espero é saber que eu tenho uma pessoa com a qual eu posso contar, que vai estar comigo, que eu não tenha nenhuma dúvida da lealdade, da amizade dele. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

O que eu sempre esperei de um relacionamento: amor. Fica meio piegas falar isso, mas é verdade. Companheirismo, dar suporte um ao outro, você ter uma troca, na verdade. O importante é que um, de certa forma, complete o outro. É claro que existem atritos, mas é importante você ter respeito, carinho, dar

apoio, você ter uma afeição muito grande. Tesão é fundamental. É você poder crescer junto, construir junto. Você escolhe uma pessoa para você compor uma vida junto com ela. A gente se imagina velhinho, gagá, um implicando com o outro. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Eu acho que um relacionamento é companheirismo, é você tentar atingir juntos um mesmo ideal de vida. Seja gay, seja hetero, parceiro é uma pessoa que vai te dar força numa hora ruim e numa hora boa, no sentido sempre para frente. Casamento é uma coisa muito forte e é você poder seguir adiante com todos os problemas que possam acontecer. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Com relação à existência de companheiros, notamos que nossos entrevistados apresentavam um padrão significativo de relacionamentos longos e, mesmo dentre aqueles indivíduos que estavam solteiros no momento da entrevista, a maioria havia tido namoros ou casamentos que duraram vários anos. Independente do estado de coabitação, o tempo médio de duração dos relacionamentos dos nossos sujeitos girava em torno de 8 anos, sendo que entrevistamos um indivíduo que morava com seu companheiro há 26 anos e outro o fazia a 18. Seis indivíduos se consideravam casados, isto é, coabitavam com o parceiro, com relacionamentos que variavam entre 1 a 26 anos de duração (média de 11 anos de casamento). Os que tinham um companheiro mas optaram por não morarem juntos, o fizeram por várias razões, incluindo distância física (o namorado morava em outro estado) ou porque preferiam que cada um tivesse sua própria casa no momento, mesmo que esta situação pudesse mudar com o passar do tempo. Vale ressaltar que diversos sujeitos mencionaram que gostam muito de estar casados, enquanto que todos os solteiros entrevistados disseram estar em busca de um novo namorado e/ou casamento. Desta forma, ao contrário do que sugere o preconceito, relacionamentos homossexuais de longa duração não parecem ser incomuns, tal como ficou evidente nesta pesquisa, assim como nos estudos de Mackey e cols. (1997) e Wilke (1998).

Dos indivíduos que estavam em relacionamentos no momento da entrevista, todos disseram que suas relações eram satisfatórias, não obstante existirem alguns momentos de crise pelos quais qualquer casal passa, episódios estes que, segundo os entrevistados, precisam ser superados através de diálogo e mudança. Tal como vimos anteriormente no capítulo sobre conjugalidade homossexual, estes dados foram corroborados por diversos estudos (Kurdek & Schmitt, 1986; Peplau & Cochran, 1981), que postulam que casais gays seriam

indistinguíveis de casais heterossexuais em aspectos tais como: satisfação com a relação, ajustamento do casal, amor e alegrias/problemas conjugais. Mackey e cols. (1997), por sua vez, postulam que, independente da orientação sexual, as características que fazem um relacionamento ser duradouro e satisfatório são as mesmas para ambos os grupos.

Minha relação é satisfatória. Acho que com o tempo toda relação tende a ter coisas insatisfatórias e coisas muito boas. Outra pessoa eu não quero ter. Se eu ficar viúvo, aí tudo bem, mas eu não penso em ninguém. Ele tem um excelente caráter, é uma pessoa digna, trabalhadora, honesta. Períodos de encantamento, de paixão, duram pouco, depois é a realidade mesmo. Então o que a gente pode tentar é melhorar esse *day-by-day*. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Já foi melhor. Eu acho que é o próprio desgaste depois de 6 anos. Depois de 6 anos a gente fica exigindo muito, querendo que as coisas sejam como elas eram há algum tempo atrás e as coisas mudam, a idade muda a cabeça da gente. Aí você tenta resgatar o que você tinha para o momento atual, mas as vezes não dá, então você tem que mudar para adaptar, se não não vai. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Com relação ao tema da divisão de papéis e tarefas dentro de casa notamos que estas eram distribuídas de acordo com os gostos e habilidades de cada indivíduo. Na maior parte das vezes estas divisões não eram rígidas, ou previamente combinadas, acontecendo naturalmente ao longo do tempo e podendo sofrer mudanças caso houvesse necessidade. As decisões também eram freqüentemente tomadas em conjunto. Dados similares foram encontrados por diversos autores (Mackey e cols., 1997; McWhirter & Mattison, 1984), que mencionam que as divisões de papéis e tarefas domésticas entre casais homossexuais tendem a ser flexíveis e adequadas à necessidades individuais (características de personalidade, interesses, habilidades, preferência por determinadas atividades ou horários de trabalho) e relacionais (podendo transformar-se à medida em que os parceiros mudavam comportamentos interpessoais específicos). Estas informações diferem significativamente das encontradas por Jablonski (2004-2007) na sua pesquisa (ainda em andamento) sobre a divisão de tarefas e responsabilidades entre casais heterossexuais. Os dados encontrados por este autor até o momento apontam para uma divisão bastante rígida e marcada de tarefas consideradas masculinas e femininas, sobretudo com relação ao cuidado com os filhos.

A gente divide basicamente tudo. Não tem uma regra... Considerando que eu passo mais tempo em casa do que ele, porque eu trabalho em casa... Para começar a gente tem uma empregada que vem três vezes por semana, que cuida de toda a parte de tarefas domésticas da casa. Eu adoro cozinhar. Ele não gosta. Então eu cuido mais da comida do que ele. Quando eu estou com preguiça, a gente vai comer qualquer coisa ou pede num restaurante. Ambos gostamos de cuidar das coisas de casa, então as vezes ele faz algumas coisas, eu faço outras. Eu sou mais desorganizado do que ele, deixo as coisas espalhadas. Ele cobra mais arrumação. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Quem levantar primeiro faz o café e o outro arruma a cama. Tudo funciona assim. Enquanto um joga o lixo fora o outro lava a louça. É uma coisa muito mecânica. Normalmente as coisas vão se encaixando. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Isso é fácil porque sempre tem um que não gosta de fazer uma coisa, o outro gosta de fazer, ou pelo menos aquele que gosta um pouco mais ou que detesta um pouco menos. Ele adora cozinhar, então ele cozinha. Eu, por exemplo, odeio lavar louça, mas na relação anterior eu lavava louça, porque ele cozinhava. Nessa agora, ele prefere lavar louça. Eu boto as roupas para bater e estendo as roupas, que é uma coisa que ele já não gosta de fazer. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Alguns entrevistados relataram dificuldades com relação à divisão financeira, mencionando que esta era uma área de conflito bastante comum entre casais homossexuais, dados estes também corroborados por outros autores (Blumstein e Schwartz, 1983; Driggs & Finn, 1990; Hawkins, 1992). Um sujeito em particular mencionou que vários amigos seus deixavam de namorar com determinados homens pelo fato deles terem uma condição econômica inferior. No caso de sujeitos que coabitavam, alguns preferiam ter contas conjuntas, enquanto outros optaram por manterem sua independência financeira e dividirem gastos igualmente. No entanto, notamos que estas divisões não eram de modo algum rígidas e que quando um dos membros do casal estava com menos dinheiro, o outro sempre ajudava.

As vezes entra o dinheiro individual, as vezes entra o dinheiro do casal. A gente fala muito sobre isso, que é um exercício, uma coisa muito difícil. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

O financeiro é uma coisa muito complicada entre gays. Eu sempre ganhei muito melhor que ele e as vezes quando tem briga eu acabo falando essas coisas que eu acho que eu não devia falar porque estou errado. As vezes joga na cara, cobro isso dele. Eu sou muito gastador, ele é mais pão-duro, fica segurando o meu dinheiro, controlando as minhas coisas. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

A gente tinha o hábito de misturar o dinheiro num caixa único e administrava em conjunto, mas isso não foi bom, então chegou um momento da relação em que a gente achou por bem separar e cada um ter a sua independência financeira, a sua coisa individual. Agora, sempre com muita compreensão. Se está faltando dinheiro aqui ou ali passa para o outro, nós sempre tivemos isso muito claramente. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Tanto eu quanto ele somos péssimos para contabilidade. A gente vai pagando as coisas, depois a gente vê quem tem dinheiro ainda sobrando para pagar alguma coisa. Não tem uma divisão do tipo “eu pago metade disso, você paga metade daquilo...” As vezes a gente vai num restaurante e eu pago, as vezes ele paga. É uma coisa fluida. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Devido ao desemprego do companheiro ou de uma renda muito baixa por parte deste, alguns sujeitos mencionaram que sustentam a casa sozinhos. Dois destes indivíduos afirmam não se incomodar com esta situação, pois acreditam que ela é temporária, ao mesmo tempo em que incentivam o companheiro a se qualificar profissionalmente, seja fazendo um curso universitário, seja aprendendo um outro idioma. Para o entrevistado abaixo, por exemplo, é tão difícil conhecer alguém de quem você goste, que problemas financeiros temporários não deveriam ser um empecilho para o estabelecimento de uma relação. Menciona, ainda, que em relacionamentos heterossexuais é freqüente que um membro do casal (geralmente o homem) ganhe mais do que o outro e que isto não é questionado.

Como nada é definitivo, se você arranja um namorado que tem menos dinheiro que você, cabe a você decidir se você quer ou não e a partir daí passa a ser também sua responsabilidade tentar encontrar caminhos possíveis para que isso seja melhorado. Então eu não vejo problema algum em temporariamente não poder dividir contas, por exemplo. Porque por outro lado nós vivemos numa sociedade tão escassa de oportunidades que não dá simplesmente para fechar os olhos para essa dificuldade. Eu acho que se você tem uma relação em que um tem mais do que o outro, não tem problema, é exatamente assim que funcionam a maioria dos relacionamentos heterossexuais. Sempre vai ter um que ganha mais. Espero que ele ganhe mais que eu um dia. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

O entrevistado abaixo, no entanto, disse se ressentir desta situação, acreditando que estava reproduzindo um modelo de relacionamento heterossexual.

Teve um momento que parecia que eu era o provedor do casal e ele era quem fazia as coisas. Eu trabalhava muito, saía de casa de manhã, então ele cuidava mais de tudo porque tinha mais tempo. E chega um momento em que a gente acaba repetindo o modelo do casamento hetero. Apesar da relação homossexual ser uma relação diferente da relação de um casal hetero a gente acaba se enquadrando e reproduzindo a mesma coisa. Eu era o provedor, o marido, que saía de casa para trabalhar e ganhar dinheiro e ele era o cara que

cuidava da casa como se fosse a mulher, apesar dele trabalhar também. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

O fato de alguns casais gays acabarem reproduzindo modelos de relacionamento característicos dos heterossexuais também foi abordado pelos sujeitos abaixo. Para estes entrevistados, os homossexuais precisam criar seus próprios modelos e não copiar formatos pré-existentes que são inadequados para lidar com suas experiências. Tal como nos aponta Smart (2006), alguns setores da comunidade gay acreditam que a instituição do casamento é opressiva e dilui a singularidade da identidade homossexual. Este raciocínio também é corroborado por alguns autores brasileiros (e. g. Camargos, 2004).

Eu acho que a gente tem que descobrir uma forma de poder deixar o que você quer, seja imóvel ou um seguro de vida, de uma forma legal, sem ter casamento, porque a gente vai começar a copiar o que tem de pior nos heteros, que é o casamento virar um negócio. Sou absolutamente contra a gente copiar esses modelos. Porque daqui a pouco vai ter gay casando de véu e grinalda, tendo esses sonhos, de carona no modelo e no formato do outro. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Eu estou vivendo com uma pessoa há 18 anos, mas eu não digo que sou casado porque eu não sou casado, eu falo que eu tenho um parceiro. Não tem essa estória: “ah, seu namorado...” Sabe? Não me bate muito bem isso. A namorar eu aprendi desde criança com namorada. Não acho legal tentar ficar parecido com uma vida hetero. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Os motivos de discussão dos sujeitos nos pareceram tão variados quanto seus relacionamentos. Assim, os motivos mais frequentemente citados foram: ciúmes, falta de atenção, expectativas não atendidas, cobrança, dúvidas sobre o grau de compromisso da relação, perda de interesse sexual, discussões relacionadas à profissão (nos casos em que ambos sujeitos trabalhavam na mesma área), criação de filhos (nos casos em que existiam crianças de relacionamentos heterossexuais anteriores), alcoolismo, obesidade do companheiro, e situações corriqueiras do dia-a-dia (tais como divisão de tarefas ou “apertar a pasta de dente no meio”, por exemplo).

As vezes é falta de atenção de um com outro. As vezes é ciúmes. Tem muito a ver com expectativa, eu acho, ou o que você espera um do outro. E as vezes, quando essas expectativas não são atingidas, rola uma certa ansiedade, uma certa cobrança. Eu acho que é basicamente por cobrança. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Diferentes estilos de personalidade também foram mencionados como deflagradores de discussões:

Nós brigávamos muito por causa da forma como ele se relacionava com horário e com dinheiro. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Os nossos problemas eram sempre em relação a trabalho ou então na forma como ele não enfrentava os problemas na vida. Como eu era uma pessoa que estava sempre enfrentando as coisas, batendo de frente, aquilo me tirava muito a paciência e eu começava a ficar muito esgotado com aquela forma de ser. (...) Com meu atual namorado eu tenho uns problemas de cadência, de ritmo, porque ele é um pouco mais lento e eu tenho uma certa dificuldade com gente meio lenta. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Ele é muito sonhador, fica delirando na maionese, sem fazer nada, cochilando, descansando, e a vida não dá pra cochilar tanto e descansar, e eu cronometro tudo. Porque quando chega comigo tem uma confiança tão grande que as coisas vão acontecer que ele relaxa, mas me sobrecarrega, então a briga é justamente essa, porque existe um relaxado e existe um outro tenso. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Por último, mencionamos que um dos entrevistados relatou que foi justamente a falta de brigas e discussões que provocou o término do seu relacionamento anterior. De acordo com este sujeito, tanto ele como seu companheiro tinham dificuldades pessoais em comunicar insatisfações, o que fez com que problemas na relação não pudessem ser resolvidos.

No que se refere aos mecanismos de resolução de conflito, praticamente todos os entrevistados relataram que preferiam resolver os problemas do relacionamento conversando. O que nos pareceu variar bastante entre os sujeitos eram as formas em que esta conversa ocorria. Alguns indivíduos, por exemplo, mencionaram que gostam de “contemporizar”, de “enxergar o ponto de vista do outro”, ou de “discutir a relação”, uma característica que, tal como eles mesmos apontam, tende a ser um estereótipo atribuído às mulheres.

Conversando. Eu sou muito de falar. Eu não gosto de dormir sem antes resolver o negócio. Dizem que as mulheres são mais assim e que os homens geralmente preferem dormir e falar aquilo no dia seguinte. Aquela estória de discutir a relação. Que eu acho que é um estereótipo também. Me matava, por exemplo, ele virar pro canto e dormir. Tinha vontade de enforcar ele. Depois aprendi que não adiantava fazer isso porque isso o irritava mais e a briga ficava pior, então eu aprendi a parar e no dia seguinte, quando ele estava com uma cara melhor, a gente conversava. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Eu sou sempre o que está discutindo a relação. Ele é muito emburrado para falar, tipo, se acontece alguma coisa, fica de mal. Tem que falar se ficou chateado com alguma coisa, né? Uma grande dificuldade que a gente tem nessa relação é encontrar esse *timing* para conversar. Porque as vezes eu provoço e não é o momento, ele chegou e está cansado, preocupado com alguma coisa, e diz “depois a gente conversa” e aí já passou. Como eu gosto de escrever as vezes eu escrevo, registro aquilo, mas a coisa perde o momento. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Outros entrevistados relatam “fugir” das brigas, seja porque não gostam de discutir, seja porque se consideram “rancorosos”.

Quase sempre ele vem me procurar e falar. Eu sou uma pessoa um pouco rancorosa. Se eu falo um negócio é difícil eu voltar atrás. Eu tenho uma dificuldade muito grande de me perdoar e de perdoar as pessoas. Então eu falo aquilo, a minha cara muda, e eu posso ficar assim durante 1 semana, 1 mês, e conviver com a pessoa ignorando ela. Eu não sou muito de buscar conversa não, mas se a pessoa vem, eu me abro. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Um dos meus princípios de relação é não brigar, não suporto briga nem discussão. Então se eu estou muito puto é assim, inversamente proporcional: quanto mais puto eu estiver menos eu falo. Então se eu estiver muito puto eu vou ficar 3 dias sem falar nada. Ele, por sua vez, vai saber que, se eu estiver sem falar nada, alguma coisa está errada. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Mecanismos de resolução de conflitos tais como “beijos” e “sair para se divertir” também foram citados, ao passo que um dos entrevistados disse ter optado por flexibilizar suas posturas diante de problemas relacionados com tempo e dinheiro.

Perguntados especificamente sobre episódios de violência doméstica, alguns entrevistados disseram nunca terem experienciado este tipo de situação e que, caso tivessem sido agredidos pelo companheiro, o teriam abandonado imediatamente. Ficamos surpresos, no entanto, com o fato de termos encontrado diversos depoimentos de situações de violência doméstica, incluindo violência verbal e/ou física. Dentre aqueles sujeitos que foram agredidos por seus companheiros, alguns perdoaram a agressão, enquanto outros decidiram terminar o relacionamento.

No começo da minha vida eu tive relacionamentos em que houve violência. Houve drogas também. Eu tive um namorado que botou o amante dele para dentro de casa e a gente brigou várias vezes. Até eu conseguir me desvencilhar disso foi muito difícil e houve momentos muito pesados na relação. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Eu fui agredido por meu primeiro marido, ele me deu um tapa na cara. Eu liguei para a mãe dele e disse para ela. No dia seguinte ela foi lá em casa e eu não sei o que eles conversaram. Eu perdoei ele e a gente continuou. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Um belo dia a figura surtou. Me pegou pelo braço, me deu uma sacudida, eu soltei o braço e caí dentro do armário de roupa. Aquela cena patética. Aí foi ótimo, porque já que eu estava dentro do armário de roupa aproveitei para pegar a mala que estava em baixo, já fui botando as roupas dentro. Acho que a figura não acreditou, nem eu, porque eu não tinha para onde ir. Peguei tudo, ele achou que eu fosse voltar e eu nunca mais voltei. Abandonei tudo e fui embora. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Enquanto que os entrevistados acima foram vítimas de agressão o sujeito abaixo mencionou ter sido ele o agressor, relacionando seu comportamento com o fato de ter tido um pai muito violento, associação esta corroborada por diversos estudos (Gomes, 2003; Rosenbaum & Maiuro, 1990). No entanto, após o episódio, sentiu remorso, pediu desculpas, e afirmou nunca mais ter agredido o companheiro.

Teve uma vez que eu empurrei ele. Sinceramente eu nem sei por que foi, mas eu fiquei puto da vida e empurrei ele. Depois eu chorei e pedi desculpa por ter sido estúpido. Meu pai era um homem muito violento, era uma coisa que me chocava muito, e eu acho que eu não posso pegar essa herança. Mas via de regra eu não sou violento. Eu sou muito grosso, isso eu sou. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Outros dois entrevistados relataram situações limite que poderiam ter escalado para uma agressão maior caso não tivessem se controlado.

Quando eu namorei um cara que era alcoólatra, ele ficou bêbado e começou a me sacudir. Teve uma outra vez que ele ficou completamente bêbado, apareceu na minha casa, me pegou, foi me dar um beijo, mas mordeu a minha boca e aí foi a única vez que eu armei um soco para dar na cara de alguém, mas não dei. Foi a única vez, porque aquilo já tinha passado do meu limite. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Foi uma coisa quase tipo briga de rua, sabe? De se peitar, assim, mas não chegou a agressão de fato, não, ficou só nos empurrões. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Tal como mencionado anteriormente nesta tese, a violência doméstica entre casais gays é um problema social grave com níveis de prevalência similares aos encontrados entre casais heterossexuais. Apesar do exemplo dos depoimentos

acima, infelizmente não fomos capazes de obter informações mais aprofundadas sobre este fenômeno durante as entrevistas realizadas para esta pesquisa. Não obstante, acreditamos que este tema deva ser melhor investigado em estudos posteriores, dedicados exclusivamente à análise da dinâmica da violência doméstica na conjugalidade homossexual.

A idéia de que o preconceito influenciaria no relacionamento amoroso entre dois homens foi corroborada por todos os sujeitos, exceto por um. Muitos mencionaram as restrições legais impostas a casais homossexuais, assim como a impossibilidade de realizar demonstrações físicas de afeto, tal como discutido anteriormente nesta tese.

Tem a dificuldade de você expressar publicamente o seu afeto. As restrições que a gente sofre. Questões legais também. Por exemplo, o meu companheiro é funcionário público em outro estado e se eu fosse mulher e a gente fosse casar ele podia conseguir uma transferência para o Rio. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

A gente evita demonstrações públicas de carinho. Tipo, a gente não se beija na boca em público, ou a gente não sai andando de mão dada. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Se você estiver despreparado para isso e, principalmente, se você tiver preconceito internalizado, influencia muito, mina o relacionamento. Mas se você está bem, tranquilo, se você tem orgulho de ser gay, acho que incentiva porque você vai junto com a pessoa dizer “somos gays mesmo e daí?”. Eu não ando de mãos dadas porque não dá ainda né? Mas nunca fizemos questão de disfarçar nada, nos restaurantes a gente sentava do lado. Claro que a gente tinha muita adversidade, muita gente que olhava virado, mas tinha gente que gostava muito e é incrível a manifestação positiva das pessoas. Elas vinham até nós e falavam: “que bonitinho, que casal fofo”. Evidente que a gente não freqüentava botequim da esquina. Também tem que ver que tipo de lugar você freqüenta. Então tinha os dois tipos de reação. Como não é legal ter preconceito aberto, é feio, nunca tivemos muito problema, mas na rua é claro que você tem que se resguardar um pouco. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Neste sentido, a constante manipulação de informação (Goffman, [1963] 1988) entre as vezes querer parecer ser um casal ou, ao contrário, passar despercebido, foi levantada pelo entrevistado abaixo:

A gente sai junto, é um casal, mas na verdade a gente não quer ser um casal, a gente quer parecer dois amigos andando num lugar, mas ao mesmo tempo a gente quer ser casal porque a gente percebe ao escolher uma coisa, que as pessoas percebem que estão falando com um casal e isso te dá uma alegria... Não é uma coisa montada, mas a gente começa como dois amigos, depois tem uma hora que a coisa se funde, em um jantar, uma conversa, ou para escolher alguma

coisa. Aí a gente se sente bem casal, mas ao mesmo tempo não. É como se a gente tivesse que ter uma postura do que as pessoas de fora vão estar observando da gente. Eu acho que existe as vezes esse cuidado, existe um certo receio de sofrer algum tipo de violência. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Esta característica da relação homossexual também foi encontrada por Heilborn (2004) em suas entrevistas:

Parte-se aqui do ponto de vista de que a identidade de casal é situacional. Se, de um lado, é a esfera interna que provê a unidade da díade, de outro, é a dimensão externa, ao representar sua face pública, que reforça substancialmente a identidade. A clivagem interna/externa dessa identidade é particularmente acirrada no caso dos pares homossexuais, uma vez que, variando os contextos, tal identidade pode não ser reconhecida. (Heilborn, 2004: 142)

Dados semelhantes foram encontrados por DiPlacido (1998) e Ossana (2000), que mencionam que o preconceito faz com que muitos homossexuais tenham que monitorar constantemente suas respostas emocionais para não revelar inadvertidamente seus verdadeiros sentimentos. Em outras palavras, ao contrário dos heterossexuais, casais de gays precisam lidar diariamente com este tipo de encobrimento e com a inibição emocional que decorre dele. Tal como mencionado em alguns discursos acima, o preconceito internalizado também foi apontado por outros sujeitos, que mencionam que homossexuais não-assumidos possuiriam muitos entraves em coabitar com outro homem, visto que esta situação seria reveladora da homossexualidade. Dados similares foram encontrados pelas pesquisas de Harry (1988) e Reece (1988).

Por exemplo, morar junto. As vezes um dos parceiros não está disponível para bancar isso. Eu acho que isso pode ser um problema. A coisa da família, do trabalho, isso pode afetar sim o relacionamento de um casal homossexual. A própria sociedade, os vizinhos. As pessoas vão saber direta ou indiretamente que tem duas pessoas do mesmo sexo morando junto, ou as pessoas estão sempre vendo aquelas duas pessoas juntas em situações sociais. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Inventar estórias para não revelar o relacionamento homossexual, assim como mentir para o parceiro com o objetivo de evitar assumir a relação perante outras pessoas, foi apontada por diversos sujeitos. De fato, muitos entrevistados disseram que eles mesmos já deixaram de levar seus companheiros para eventos familiares ou de trabalho, enquanto outros mencionaram terem passado por

situações desta natureza em relacionamentos anteriores. Em alguns casos os relacionamentos acabaram devido à quebra de confiança entre os parceiros.

Chegava no final de ano, ia ter festa da empresa e todo mundo aparecia lá com seus respectivos e eu ia sempre sozinho, só que eu tinha uma pessoa, mas eu omitia ele. Então, por exemplo, quando eu fui assinar o apartamento, eu chamei o meu chefe aqui para jantar, porque eu tenho uma relação de amizade com ele, mas eu pedi para o meu companheiro ir embora, passar o final de semana na casa dos pais. Ele fazia festa de aniversário, me chamava, e eu não levava meu companheiro. As vezes eu falo para meu companheiro falar baixo, que ninguém precisa saber que a gente é gay. Aí ele fala: “que bobeira! A gente mora aqui, ninguém paga as nossas contas, o que as pessoas tem a ver com isso?”. Ele lida muito melhor do que eu. Eu ainda tenho medo, tenho uns entraves. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Por exemplo, ter que ir a determinados lugares e arranjar uma desculpa qualquer para não levá-lo, para não ter que assumir. Coisas de trabalho, de família. Isso pode influenciar porque a pessoa fica chateada e fala: “por que eu não vou? Você tem vergonha de mim? Está evitando que eu conheça seus amigos?”. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Como nos apontam Johnson e Keren (1996), quando, por preconceito, a família de origem de um homossexual se recusa a convidar o parceiro deste para um evento familiar, o sujeito é deixado na difícil posição de ter que escolher entre seu companheiro e sua família. Não obstante esta situação, grande parte dos entrevistados mencionou que tantos suas famílias de origem quanto as de seus companheiros apoiavam o relacionamento. Alguns sujeitos relataram que suas próprias mães tinham uma relação melhor com seus companheiros do que com eles mesmos. Outros apontaram para a importância de serem tratados como um “casal”, atitude evidenciada, por exemplo, no fato dos pais fazerem camas de casal para eles ou de comprarem presentes para a “casa nova”.

A minha família apóia meu relacionamento sim, gostam muito dele. Minha irmã adora ele, minha afilhada também. O meu outro namorado, quando eu estava viajando, às vezes ficava aqui, levava meu pai ao cinema, levava minha mãe para sair. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Meus pais adoravam meu ex-namorado, adoram meu atual namorado também. ADORAM, e fazem perguntas, e fazem cama de casal quando a gente dorme lá. Isso é fantástico, né? **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Os meus irmãos todos se dão super bem com ele e meu irmão mais velho é nosso fiador no apartamento. A gente está sempre junto nas festas. A família dele apóia também. A mãe dele manda presentes para a gente. A primeira vez que eu fui na casa dos pais dele, eu estava “pisando em ovos”, mas a mãe dele veio

logo com um presentinho, jogos de toalhas e roupa de cama. Ela tinha arrumado uma cama de casal para a gente. O pai dele estava mais retraído, mas eu cheguei, fui conversando com ele e daqui há pouco ele estava tranqüilíssimo. Hoje em dia o pai dele liga para mim, diz que está com saudade, pergunta quando é que eu vou para lá. **(Thiago, 38 anos, designer)**

Um entrevistado em particular se queixou de que o apoio excessivo de sua irmã ao seu relacionamento anterior estava prejudicando a relação de ambos.

Minha família apóia mais do que eu gostaria porque hoje, por exemplo, eu estou com um problema com a minha irmã porque ela acha um absurdo eu ter terminado com meu ex-companheiro para ficar com o atual. Ela chega a me agredir verbalmente. A minha irmã está puta comigo há 1 ano porque eu acabei com o meu ex. Eu falo “se você gosta tanto dele, casa com ele, ele está solteiro ainda”. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Perguntado sobre o motivo pelo qual ele acreditava que sua família apoiava seu relacionamento, um dos entrevistados deu a seguinte resposta:

Eles encararam de maneira positiva porque eu me juntei a pessoas boas. A minha mãe deve pensar: “bom, meu filho é gay, mas é melhor ele estar em um relacionamento sério com alguém que não fuma, que não bebe, que não se droga, que não vive na noite e tal, do que ele estar aí, solto na vida”. E aí fica mais fácil aceitar. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Apesar dos entrevistados acima terem tido seus relacionamentos aceitos por suas famílias, 2 sujeitos se queixaram de que este não era, necessariamente, o caso. O primeiro indivíduo menciona que não obstante uma rejeição de muitos anos, atualmente sua família aceita seu relacionamento, enquanto que outro se ressentido do fato dos pais chamarem seu namorado de “amigo”. Tal como nos aponta Heilborn (2004), “*A denominação como ‘amigo(a)’ torna-se ambígua, já que, por um lado, a condição de parceiro é reconhecida e, por outro, desqualificada*” (Heilborn, 2004: 142). Estes dados são corroborados por LaSala (1998), que menciona que apesar do grau de apoio familiar aumentar com o passar dos anos, em diversos casos ele tende a ser muito pequeno.

Sempre freqüentaram muito pouco a minha casa. Durante muitos anos o meu companheiro não ia na casa da minha mãe, eles só se viam na casa das minhas primas e da minha irmã. Mas meus sobrinhos hoje chamam ele de tio, já nasceram sabendo disso e tratando da mesma forma. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Ela sempre falava “seu amigo”. Partindo desse ponto, sempre apoiaram o “amigo”, nunca tiveram nada contra, mas nunca falaram “seu namorado”. Isso é triste, me deixa chateado. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

No que se refere ao apoio da comunidade gay a relacionamentos de longo prazo, alguns entrevistados mencionaram que ele tende a ocorrer, teoricamente, dentro das reivindicações do movimento homossexual. A maioria dos sujeitos, no entanto, parece concordar com a idéia de que, na prática, a comunidade gay não favorece relacionamentos duradouros, pois estimularia o sexo e a rotatividade de parceiros. A fala de que “as pessoas dizem querer um relacionamento estável no discurso, mas não na prática” foi verbalizada por diversos sujeitos.

No discurso sim, até para evitar a promiscuidade, uma proteção contra as DST's, a AIDS, etc. Agora, na prática, é uma galinhagem, uma putaria, uma sacanagem generalizada. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Na comunidade gay aqui da zona sul não tem muito espaço para esses relacionamentos duradouros, embora teoricamente todos estão à procura de relacionamentos duradouros. As pessoas dizem que querem encontrar alguém, mas fica muito difícil você sustentar um relacionamento vivendo a coisa da noite, do culto ao físico demais, de um narcisismo exagerado. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

As pessoas falam “Meu sonho é encontrar uma pessoa legal, casar, ter uma vida boa” mas ninguém faz um esforço para isso. Todo mundo quer, mas ninguém age nessa direção. As pessoas estão sempre querendo novidade. Parece que o gay está sempre buscando uma coisa nova, sempre achando que o outro cara vai ser melhor, então eu acho que as pessoas não estão parando e vendo que para viver a dois você tem que abrir mão de muita coisa. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Heilborn (2004) encontrou dados semelhantes aos nossos: “*Os entrevistados tendem a enfatizar a variedade de opções abertas para os homens homossexuais, e crêem que a variedade ofertada é razão direta da não valorização da relação estável. Há oferta em excesso; daí a tentação de mudança contínua de parceiros*” (Heilborn, 2004: 188). Isto não significa, no entanto, que não existam relacionamentos homossexuais de longa duração, tal como ficou evidente entre os indivíduos entrevistados por nós. Não obstante, sujeitos com relacionamentos estáveis dizem evitar freqüentar determinados lugares da comunidade gay com o intuito de preservar estas relações, dados estes também encontrados pela autora citada acima. Tal como nos aponta Meyer (1989), visto que a comunidade homossexual parece não oferecer apoio a casais homossexuais,

muitos indivíduos deixem de frequentar certos ambientes como uma forma de proteger seus relacionamentos.

Se você vai para uma boate gay sozinho, você entra lá, fica horas e vai paquerar um ou outro, talvez. Mas se você for com namorado chovem 500 homens na tua área. O gay disputa muito com o outro. Se você for a um lugar com seu namorado, as pessoas vão te paquerar para ver se interfere na relação. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Quando alguns gays vêem alguém muito bem, pensam: “nossa fulano está há tanto tempo com sicrano...”. E a gente percebe isso. Se eu chego com meu namorado em algum lugar gay e a gente está junto, pode ter certeza que vai ter muita gente me cantando e cantando ele também. As pessoas pensam: “nossa, eles estão sempre juntos e tal, deve ter alguma coisa de diferente nisso”. As pessoas querem saber o que que fulano tem de diferente que consegue manter uma relação. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

O tema dos filhos foi introduzido espontaneamente pelo sujeito que participou da primeira entrevista piloto. Decidimos inserir uma pergunta sobre este assunto nas entrevistas subseqüentes por acreditarmos que ele pudesse dar origem a associações relacionadas com preconceito internalizado. Alguns sujeitos disseram não querer ter filhos por não gostarem de crianças, enquanto outros relataram que já pensaram em adotar mas desistiram por uma série de motivos distintos. Outros entrevistados mencionaram que gostariam de ter filhos mas que não pretendem tê-los, seja porque são HIV-positivo, porque possuem uma relação complicada com a própria mãe (e tem medo de reproduzi-la em um filho), seja porque querem ter um filho biológico mas não desejam ter que recorrer a “barrigas de aluguel” ou a um relacionamento com uma mulher heterossexual.

Dentre aqueles que desejam ter filhos a maioria colocou a adoção como o caminho mais viável para a realização deste desejo, vontade esta que em alguns casos era individual e em outros era do casal. Muitos dos entrevistados que não tinham filhos eram donos de animais de estimação ou exerciam sua paternidade através do cuidado com sobrinhos e afilhados. Dois sujeitos ajudavam a criar filhos de seus companheiros, frutos de casamentos heterossexuais anteriores. Com relação mais especificamente a preconceito 3 sujeitos disseram que apesar de serem homossexuais assumidos, não gostariam que um de seus sobrinhos fosse gay, equacionando “ser gay” com “sofrimento”.

Eu mesmo sendo gay e tendo um sobrinho... eu quero que ele nunca seja porque eu sei que ele vai sofrer, como eu sofri. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Eu não tenho problemas de preconceito, mas se um sobrinho meu chegar e disser para mim que é gay, eu vou pensar “coitado, vai sofrer uma barra danada”. Até parece um contra-senso de uma pessoa que diz que é uma libertação, que é tudo legal, mas eu sei que o processo é muito demorado, muito dolorido. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Eu te digo com toda sinceridade: eu sou assumido, tenho orgulho do que sou, eu gosto do que faço, mas eu morro de medo que um sobrinho meu venha a se tornar gay. Pela barra que é. É matar um leão a cada dia. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Outros entrevistados falaram sobre a frustração em não terem filhos, o preconceito que recai sobre crianças com pais homossexuais e o medo de um futuro solitário sem filhos.

Já pensei em ter filhos sim. Isso é uma coisa que eu acho que pesa. Pra mim pelo menos, tem gente que fala que não. Chegou um momento em que eu pensei: poxa, não vou ter filhos, né? Eu gosto muito de criança. A gente transfere um pouco isso para sobrinho. Sou o tiozão deles e tal. Mas isso ficou; é meio frustrante. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Dá uma ponta de tristeza... E tem também a coisa de pensar no futuro. Eu não quero um filho para me sustentar, não é isso, mas no futuro quem é que vai estar junto? Eu tenho que fazer um esforço maior para prever o meu futuro porque eu não vou ter ninguém para me sustentar, me apoiar, porque eu não vou ter filhos. Um gay com 60 anos vai ter o que? Os amigos. Porque você só tem seus amigos. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Lembramos que apesar de não termos investigado o tema da parentalidade homossexual nesta tese, diversos estudos vem sendo realizados sobre este assunto. Neste sentido, enquanto que a literatura norte-americana e européia sobre o tema é vasta tanto em material acadêmico quanto de auto-ajuda (e. g. Cadoret, 2002; Lev, 2004; Nadaud, 2002), estudos nacionais ainda são recentes e limitados a dissertações e teses (e. g. Santos, 2005; Souza, 2005; Tarnovski, 2002; Uziel, 2002).

Sexualidade

Perguntados sobre monogamia, apenas 2 entrevistados relataram que eram monogâmicos em seus relacionamentos, seja por não acreditarem em relacionamentos “abertos”, seja por preocupações com sua saúde. Outros mencionaram que a monogamia era um ideal difícil de ser seguido, e que esta devia ser uma escolha pessoal e não uma imposição social. Para a maioria dos entrevistados, no entanto, a monogamia é uma escolha negociada pelos parceiros, podendo adotar diferentes formatos de acordo com a situação. Estes dados são corroborados por diversos estudos (Féres-Carneiro, 1997; Johnson & Keren, 1996; Peplau & Gordon, 1991), que postulam que casais homossexuais masculinos tendem a ser menos monogâmicos em seus relacionamentos do que casais de heterossexuais ou lésbicas.

Eu acho que o mais importante é o que você estabelece como código de relação e isso tem que ser respeitado. Se o código é monogamia, que ele seja respeitado, se não, que ele seja respeitado também. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Esse negócio de relacionamento estável não vou dizer que não seja bom, é bom, mas eu me relaciono com várias pessoas ao mesmo tempo, eu sou capaz de me apaixonar por várias pessoas diferentes que me atraem por coisas diferentes que elas têm a me oferecer e eu a elas. Eu acho que a monogamia tem as suas vantagens, mas eu não sei se queria isso para mim não. Talvez um modelo monogâmico, mas meio aberto, mas explicitamente aberto, tipo: “nós temos entre nós um relacionamento em princípio monogâmico, nós somos o companheiro um do outro, mas se de vez em quando acontecer uma pulada de cerca...” Pode até ser uma pulada de cerca conjunta do casal. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Você pode ter um relacionamento e ter outras pessoas ao mesmo tempo também. Não é promiscuidade, é diferente, você não deve esconder isso do seu parceiro. Deve dizer; “olha, eu amo você mas eu não consigo ser monogâmico, preciso ter outras pessoas”. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Estes mesmos sujeitos também faziam a separação entre *fidelidade amorosa* (que sempre é considerada uma traição) e *fidelidade sexual* (que não é, necessariamente, considerada uma traição), dados similares aos encontrados por outras pesquisas (Blumstein & Schwartz, 1983; Féres-Carneiro, 1999; Green e cols., 1996). Independente de quais fossem as regras estabelecidas pelo casal, a lealdade e o respeito deveriam ser mantidos em todas as circunstâncias.

Sempre fui fiel afetivamente, eu podia ter relações diversas, mas eu sempre carreguei no coração um afeto especial por A ou B. Eu consegui separar muito cedo isso. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Se eu estou com uma pessoa é porque eu gosto dessa pessoa, mas isso independe de eu ter atração física por outra pessoa, de ir lá, transar. Eu não faço isso hoje, porque seria um choque tão grande para a pessoa com a qual eu convivo... No relacionamento anterior que eu vivi, isso era uma coisa normal. E como podia se fazia menos, porque como não era proibido, não era excitante. **(Alexandre, 45 anos, administrador)**

Na realidade, eu faço divisão entre gostar e não gostar. Nunca, em momento nenhum, das pessoas com as que eu transei, eu contei estória, nada. Transei porque estava com vontade, a taxa de hormônio foi lá para cima, gostei da estampa, gostei do papo, fui lá e acabou. Lavou, guardou, está bom. Então, isso para mim de fidelidade, é besteira. A pessoa com que eu estou eu gosto, gosto sexualmente e gosto como pessoa. Agora, se vai ter uma historinha fora, não tem problema. A gente sabe que acontece mesmo. Nunca em momento nenhum, quando a gente está junto eu olho para ninguém, porque eu acho que é uma coisa de falta de respeito. Eu não gosto dessa estória. Se eu estou sozinho a vida é minha, mas se eu estou com alguém a vida é nossa, é diferente. **(Bruno, 50 anos, psicólogo)**

Perguntados sobre o motivo pelo qual os homossexuais masculinos fariam esta divisão, os entrevistados mencionaram que ela estava relacionada à masculinidade e não a características inerentes à homossexualidade. De fato, a socialização de gênero na nossa cultura ensina homens a serem mais interessados em sexo e em variedade sexual, do que mulheres (Nunan, 2003). Desta forma, os gays, por terem sido socializados como homens, seriam capazes de separar amor e sexo e, portanto, desfrutar de sexo casual sem envolvimento emocional e sem que este comportamento seja considerado uma traição (Almeida Neto, 1999).

Eu faço a divisão entre monogamia amorosa e sexual. Tenho amigas que falam que isso é preconceito gay, mas eu acho que isso é coisa de homem. Apesar de eu ser homossexual eu tenho cabeça de homem, é diferente. O homem resiste menos a isso porque é assim que ele foi educado. O homem transa com quem ele quer, porque não precisa ser por amor. A mulher tem uma coisa muito mais de recato. É por isso que eu acho que a relação gay monogâmica fiel sexualmente não existe, porque são dois homens e homem não é assim. Para o homem é mais fácil transar sem amor, sem envolvimento. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

A teoria de que homens seriam socializados para valorizarem sexo também foi utilizada pelos entrevistados para explicar o motivo pelo qual os homossexuais masculinos teriam uma vida sexual mais ativa, quando comparados a lésbicas ou a heterossexuais. Outros sujeitos mencionaram que os homens não só valorizam

mais o sexo do que as mulheres como têm uma maior necessidade física de dar vazão aos seus desejos. Em outras palavras, uma atividade sexual exacerbada presente em alguns setores da comunidade gay seria uma característica da sexualidade masculina, e não da sexualidade homossexual, dados estes que também foram verificados por Burr (1996).

Eu acho que a questão sexual masculina passa por uma necessidade física que a mulher não tem. A minha necessidade sexual é física. Eu consigo separar a minha necessidade sexual da minha necessidade afetiva. E eu tenho necessidades sexuais, eu preciso fazer sexo, e acho que isso acontece com o gay masculino. Tanto é que determinadas coisas existem por causa dessa necessidade masculina, termas, saunas, sex shop com cabine. É para você ir lá resolver e pronto. Ninguém tem telefone de ninguém, ninguém tem nome de ninguém. Daí vem a estória da promiscuidade. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Assim como o entrevistado acima, nenhum dos sujeitos disse que esta maior atividade sexual (ou “promiscuidade” tal como a definiram alguns indivíduos) era uma característica homossexual, apenas que certos elementos da subcultura gay favoreciam uma vida sexual mais “visível”. Perguntados sobre o motivo deste fenômeno, os entrevistados disseram que o “mundo gay” facilitaria a troca de parceiros, e que existiriam muito mais oportunidades para um homem fazer sexo com outro homem, do que para um homem ter relações com uma mulher. Para estes sujeitos, grande parte da vida de alguns gays gira em torno de sexo anônimo (disponível em bares, saunas, boates, quartos escuros, parques, estacionamentos e banheiros públicos), mas afirmam que eles mesmos não participam deste circuito de sexo casual por considerá-lo insatisfatório e fútil. Tal como nos aponta Costa (1992), esta “sexualidade clandestina”, não é uma característica inerente à homossexualidade, mas uma consequência da exclusão social vivenciada por estes sujeitos, que os impede de viver publicamente seus relacionamentos amorosos.

Os gays procuram muito sexo. Se você vai a qualquer banheiro público você vê gente transando, no cinema também. Sauna gay é o que mais existe. Eu acho que isso é uma coisa muito marcada para o gay. O gay é muito imediatista, conheceu, não sabe nem o nome e já está transando, leva até para casa. Os gays transam muito entre si por causa dessa falta de seletividade, do prazer imediato, do gozar pelo gozar. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

É muito mais fácil. O gay não tem os bloqueios que foram colocados nas mulheres na infância. Eu vejo muito mais essa coisa da promiscuidade, da vida

sexual mais ativa, no mundo gay sim. Se você vai a um cinema no centro da cidade e quiser transar com um homem é a coisa mais fácil do mundo. **(Silvio, 46 anos, arquiteto)**

Discordando dos entrevistados acima, alguns indivíduos acreditam que os homossexuais não possuem uma vida sexual mais ativa do que os heterossexuais e que esta crença é um “mito” fruto do preconceito. Para eles a “promiscuidade” seria uma característica individual, desvinculada da homossexualidade.

Outro estereótipo bastante prevalente com relação à homossexualidade é que os homossexuais se dividiriam em *ativos* e *passivos*, papéis sexuais estes que reproduziriam uma relação heterossexual. Ao contrário do que ocorreu em Nunan (2001), onde obtivemos dados contraditórios (isto é, metade dos sujeitos pesquisados relataram que existia a divisão entre gays ativos e passivos, enquanto a outra metade discordava desta afirmação), todos os entrevistados para esta tese concordam com a idéia de que existe uma forte divisão, dentro da comunidade gay carioca, entre homossexuais ativos e passivos. Estes dados, por sua vez, foram corroborados pelas pesquisas de Féres-Carneiro (1997) e Heilborn (2004), que encontraram uma presença marcante do modelo atividade/passividade na prática sexual dos homossexuais masculinos brasileiros.

Nesses sites de relacionamento tem muito isso, de a pessoa querer saber antes se você é ativo ou passivo e tem uns que dizem que são “100% ativos”, e tem outros que pedem “eu quero que seja 100% ativo”. O passivo faz questão que o ativo seja 100% ativo. Eu acho que isso faz parte desse culto à hipermasculinidade e está carregado de preconceito. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Existe essa divisão sim. Existe até em anúncios. Você vê em revistas, em sites de bate-papo. As pessoas falam “só quero passivos” ou “não aceito passivos”. Porque na maioria das vezes o passivo é interpretado como efeminado. Não tem nada a ver, mas muita gente faz essa associação. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Tal como postulado pelo entrevistado acima, alguns sujeitos mencionaram que o gay que se define como passivo é associado com a figura feminina e sofre preconceito tanto da sociedade mais ampla como dos próprios homossexuais, tema este que discutimos no capítulo sobre identidade homossexual no Brasil e nas culturas latinas.

Eu sempre digo que o ativo é melhor compreendido pela nossa sociedade do que o passivo, porque tem aquela questão do gênero, da associação com o feminino. Socialmente, mesmo no meio homossexual, ser ativo é mais bem visto. Mas eu digo: “gente, eles são ativos com quem?”. Se é mais bonito, mais digno, ser ativo, quem contribui para isso? Quer dizer, são as incoerências, as loucuras. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

A sociedade tem a noção de que homossexual é sinônimo de feminino, logo é mulher. Isso ainda é uma representação muito forte nos dias de hoje. Então homossexual é passivo. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Com relação à passividade sexual ser associada à feminilidade e, portanto, desvirilizar o homem, alguns sujeitos se referiram ao sistema de gêneros brasileiro que, tal como discutido anteriormente, divide os indivíduos em duas categorias: o *homem* (ativo) e a *bicha* (passiva). Este sistema, característico das culturas latinas, foi contraposto ao modelo norte-americano onde qualquer pessoa que tenha relações sexuais com um membro do mesmo sexo biológico é considerada homossexual, independente de adotar uma postura ativa ou passiva. Em outras palavras, a identidade gay transcenderia os papéis sexuais, o que não ocorre, necessariamente, no Brasil.

Tem gente que é ativo e que por conta disso não se considera homossexual, o que é um grave equívoco. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Quando eu comecei a minha vida sexual eu aprendi que gay era o que dava. E o meu problema começou justamente aí, porque eu não tinha vontade de fazer só isso. Eu achava que eu era errado dentro de uma coisa que já era uma aberração. **(Sílvio, 46 anos, arquiteto)**

E aí entra o preconceito porque tem gente que fala assim: “eu não sou gay, eu só como”. Ou: “Eu sou ativo, então eu sou melhor do que você”. Eu acho que no relacionamento sexo é igual para todos. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Apesar da pergunta ter sido genérica, alguns entrevistados mencionaram, espontaneamente, suas preferências sexuais. Outros, por sua vez, se declararam “versáteis” (isto é, são tanto ativos como passivos) ou “flex” (uma alusão a alguns modelos de automóveis que funcionam tanto com gasolina quanto com álcool). Para estes entrevistados, categorizar-se como exclusivamente ativo ou passivo é uma “bobagem”, pois acreditam que as posturas sexuais variam de acordo com os relacionamentos.

No que se refere ao tema do comportamento sexual todos os entrevistados demonstraram um elevado grau de preocupação com a AIDS e com as formas de

preveni-la, sobretudo através do uso de preservativos, dados estes corroborados por Féres-Carneiro (1999). Enquanto que alguns indivíduos disseram que só fazem sexo com preservativo (mesmo com namorados ou companheiros), outros mencionaram que utilizam camisinha em relações sexuais com estranhos, mas optam por não usá-la com parceiros fixos, desde que exista um “pacto de fidelidade” entre ambos. Alguns entrevistados mencionaram também que se submetem a exames de HIV com frequência, ao passo que outros disseram que quando fazem sexo com desconhecidos adotam posições “seguras” (tais como evitar penetração anal e sexo oral com ejaculação na boca, por exemplo). O temor com relação à AIDS, no entanto, parece ser muito forte, sobretudo entre os indivíduos mais velhos da nossa amostra que vivenciaram o início da epidemia e perderam diversos amigos e companheiros.

Tem que se proteger, tem que pensar muito nisso porque eu estou com 45 anos e eu peguei a AIDS na época braba. Quando a AIDS apareceu eu perdi 19 amigos. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Eu venho de uma geração que viveu o *boom* da AIDS. Tipo 85 eu era adolescente, tinha 15 anos. Eu vivi esse processo desde o início. Todos da minha geração têm muitos amigos que morreram, então nós que sobrevivemos lidamos com a AIDS de forma menos mítica, é mais realidade do que mito, porque se esteve tão próximo. Nos anos 80 quem tinha AIDS morria e pronto. Quem passou por esse tratamento de choque dos anos 80 se cuida. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Eu vivi isso bem de perto. Eu tive situações de amigos meus que morreram e eu uso camisinha há 17 anos. Teve uma época que eu comecei a descobrir que a coisa não era longe não. Isso deu para mim uma mudança grande. Eu me lembro quando eu vi o primeiro caso de AIDS no Brasil, eu tinha 21 anos... Eu perdi muitos amigos. Eu cheguei a um ponto de abrir minha agenda e cortar 3 nomes, um em baixo do outro. Foi uma coisa que eu vivenciei de forma muito forte, era um monstro. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Alguns sujeitos mencionaram o aumento dos índices de contaminação entre homossexuais jovens, posto que estes não vivenciaram o surgimento da epidemia de AIDS e, portanto, acreditam que esta é uma doença que pode ser controlada através de medicação. Apesar de não termos feito perguntas especificamente sobre status sorológico, 2 entrevistados revelaram espontaneamente que eram HIV-positivos. Um destes, diagnosticado há 1 ano, mencionou que ainda não havia dado a notícia para a sua família e que pouquíssimas pessoas sabiam de sua condição. O outro, diagnosticado desde

1985, isto é, durante o *boom* da epidemia de AIDS, falou sobre como era ser HIV-positivo naquela época.

Na época, ser HIV-positivo significava a morte, ao ponto de amigas da minha mãe fazerem prece na minha casa. A sensação que eu tinha era que eu ia morrer, eu estava condenado em breve a morrer. Eu pensava “o próximo sou eu”.
(Felipe, 52 anos, psicólogo)

O sujeito acima também revelou ter experienciado um grau elevado de preconceito internalizado no momento em que foi diagnosticado como HIV-positivo, sobretudo porque, tal como nos aponta Barcelos (1998), na época, a associação entre homossexualidade, doença e promiscuidade era muito grande. Em outras palavras, acreditava-se que os homossexuais eram culpados pelo surgimento da doença. Esta informação é corroborada por Nicholson e Long (1990), que postulam que homossexuais HIV-positivo que sofrem de preconceito internalizado tendem a se culpar pela doença.

Depois que eu constatei isso, eu tive preconceito comigo e achei que todo mundo iria me rejeitar. Eu tive muito preconceito em relação a mim, em ser HIV-positivo. Eu internalizei o preconceito externo da promiscuidade, da homossexualidade, e a partir daí eu tive muita dificuldade em me relacionar. Eu achei que o HIV era uma punição. Depois eu vi que aquilo seria uma marca na minha vida, como se eu tivesse uma ficha de antecedente criminal, como se eu tivesse pego carona no preconceito externo do outro achando que eu era promíscuo. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Ambos sujeitos mencionaram que o mais difícil de ser HIV-positivo era o preconceito das demais pessoas, sobretudo possíveis parceiros, e que, como medo de serem rejeitados, oscilavam entre revelar ou não seu status sorológico. De fato, tal como postula Terto Jr. (1996), revelar-se HIV-positivo possui muitos elementos em comum com a assunção da homossexualidade, pois frequentemente o sujeito oscila entre contar ou não contar, a quem, como e quando.

Mas o mais difícil - e isso é uma coisa que todas as pessoas soropositivas falam - é o seu relacionamento com o outro. Quando você encontra uma pessoa pela qual você se apaixona, que você acha que pode ter uma relação legal... Tem determinadas pessoas que contam e outras que não falam nada. E eu estou vivendo isso agora. Falo ou não falo? Porque se você sempre se cuidar você vai estar protegendo os outros da mesma forma. Agora, o que é difícil não é nem esse aspecto, mas se você vai dividir a sua vida com alguém, vai namorar, é muito difícil você esconder uma coisa dessas que é tão importante. Eu estou tentando

lidar com isso. Ainda existe um preconceito muito grande. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

O preconceito contra indivíduos HIV-positivo ainda parece ser grande dentro da própria comunidade homossexual, o que teria estimulado o surgimento de grupos de relacionamento voltados especificamente para este setor da população.

É aquela estória também de de repente você não se sentir sozinho, sabe? Assim como quando eu descobri que era homossexual, fui numa boate e vi que não era só eu, quando você começa a conversar com as pessoas você vê que muita gente tem. Claro que no começo você fala para muito pouca gente, mas eu falei para 2 amigos e um deles falou: “e daí? Eu também sou.”. Isso ajudou muito a eu mesmo entender que isso não era o fim do mundo. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Perguntados especificamente sobre *barebacking* a maioria dos entrevistados disse estar ciente do fenômeno, apesar de não praticá-lo por considerá-lo uma “maluquice” e uma “roleta russa”. De acordo com estes sujeitos, apesar do *barebacking* ter surgido nos Estados Unidos ele estaria se disseminando rapidamente pelo Brasil, sobretudo através da internet, tal como apontam Halkitis e cols. (2003). Alguns indivíduos, no entanto, se questionam até que ponto a prática do *barebacking* não seria mais uma fantasia do que uma realidade.

Acho uma maluquice. Acho uma roleta russa com direito a 5 balas no tambor de um revólver com 6. É uma coisa que tá direto, você vê em salas de bate-papo na internet. Tudo bem que muita coisa ali é fantasia, nem acontece, mas essa coisa do *barebacking*... Nos Estados Unidos começou forte e no Brasil já está forte. **(Sílvio, 46 anos, arquiteto)**

Acho isso uma doideira. Isso veio da internet. Mas eu fico pensando que essa coisa da internet é muita fantasia também, as pessoas escrevem coisas ali que não necessariamente vão fazer. Tem muita gente falando disso, tem salas de *barebacking*, sites, fotos. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

A maioria dos sujeitos condena a o *barebacking*, seja porque eles mesmos são HIV-positivos e estariam se comportando como “assassinos”, seja porque acreditam que esta prática dissemina o HIV.

Eu condeno isso. Imagina?! Não passa pela minha cabeça. Eu acho que isso é ser assassino. Imagina eu sendo HIV-positivo ter um sexo sem preservativo? De jeito nenhum. **(Felipe, 52 anos, psicólogo)**

Eu diria que eu tenho muita raiva dessa gente, mas eu não posso ter raiva, eles são assim porque eles são. Eu acho que se você quer fazer sexo sem camisinha e buscar isso você pode desde que você diga para o seu companheiro que você sempre faz isso, que é isso que você quer e que você pode estar contaminado sim porque você não sabe. Mas eles não fazem isso. Eles querem transar sem camisinha e afirmam para você que eles não têm nada. Como é que eles sabem? E a maioria deles não faz exame. Eles não estão muito preocupados com isso. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Perguntados sobre o motivo pelo qual determinados indivíduos fariam *barebacking*, alguns entrevistados disseram que a prática poderia ser excitante devido ao elevado risco de contaminação, tal como postulado por alguns estudos (Gauthier & Forsyth, 1999; Gus, 2000; Jesus, 2002; Mansergh e cols., 2002). Para outros sujeitos, muitas pessoas (independente da orientação sexual) não gostam de usar preservativo e acreditam que o sexo desprotegido é muito mais prazeroso. Para nossos entrevistados, enquanto que as gerações que vivenciaram o surgimento da AIDS seriam bastante conscientes quanto à importância do sexo seguro, indivíduos mais novos acreditariam que a AIDS é uma doença crônica que pode ser controlada com medicação. Estes dados são corroborados por uma série de estudos (Dean e cols., 2000; Dilley e cols., 1997; Kalichman e cols. 1998; Kelly e cols., 1998; Marinho, 2004; Silva e cols., 2004; Vanable e cols. 2000).

Com o movimento da medicação, do coquetel, as pessoas começaram a ver que não estavam morrendo mais e começaram a achar que aquilo não tinha problema porque “se eu pegar e ficar positivo eu tomo remédio e não vai me acontecer nada”. E não é bem assim, né? No caso do *barebacking* as pessoas acharam que como tem medicação, elas não precisam se cuidar. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Hoje em dia o fato de alguém ser soropositivo não é mais a sentença de morte que era há 20 anos atrás. No início da epidemia da AIDS alguém se descobrir soropositivo era uma sentença de morte, a pessoa sabia que ia morrer. Aí dependendo da entrega pessoal, da resistência àquele quadro, do tratamento que tivesse, durava mais ou menos. Hoje o soropositivo é um doente crônico, como um hipertenso, um diabético. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Alguns sujeitos, no entanto, acreditam que o *barebacking* é, na verdade, uma espécie de “suicídio”, um comportamento que alguns homossexuais adotam devido a uma “não aceitação pessoal” ou uma culpa por serem homossexuais. Tal como postulam alguns autores (Friedman & Downey, 1994; Odets, 1995), estes sentimentos parecem estar ligados ao preconceito internalizado.

Eu fico pensando: será que as pessoas não vão para esses encontros por causa de uma culpa? Para materializar uma repulsa, uma não-aceitação pessoal? Tem gente que se deixa contaminar porque não se aceita como homossexual. Isso é uma coisa inconsciente. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Acho que é uma prática que revela uma auto-estima muito baixa, porque hoje em dia a informação é absurdamente disseminada. Então o *barebacking* seria uma tendência meio suicida. **(Otávio, 44 anos, professor)**

Um outro entrevistado menciona que muitos homossexuais praticariam o *barebacking* porque são HIV-positivos e acreditam não terem mais nada a perder, a despeito dos perigos da re-infecção.

Tem pessoas que pensam: “Ah, dane-se. Já que eu estou contaminado, então a pessoa que estiver comigo que trate de usar”. Eu acho que hoje infelizmente existe essa filosofia de transar sem camisinha porque “eu já estou ferrado mesmo”. **(Jorge, 45 anos, empresário)**

Com relação ao *bug chasing*, muitos entrevistados disseram não conhecer este fenômeno. Depois de oferecermos uma breve explicação, estes mesmos sujeitos revelaram que já tinham ouvido falar nesta prática, apesar de não saberem que ela tinha este nome. De acordo com estes indivíduos, o *bug chasing* seria uma “doença”, “perversão”, “maluquice” ou uma “exacerbação do *barebacking*”, no caso daqueles que foram capazes de estabelecer diferenças entre os dois comportamentos. O depoimento abaixo parece resumir as falas da maioria dos entrevistados.

Eu acho isso uma irresponsabilidade e infelizmente isso no Brasil está começando e está começando forte. Muito triste que isso tenha vindo para cá, mas a gente ainda não tem muitos *bug chasers* no Brasil. A gente evoluiu em termos de ciência e hoje se tem a noção de que não se morre de AIDS, a AIDS é uma doença como diabetes, controlável e tal. Tendo em vista isso, e tendo em vista os benefícios que a AIDS pode trazer para você, principalmente nos Estados Unidos, é meio *fashionable*, meio legal, ser positivo. Eu acho isso uma burrice! Acho que é caso de cadeia. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

O discurso acima é corroborado por outros autores (Gauthier & Forsyth, 1999; Parker, 2003), que mencionam que identidade do indivíduo HIV-positivo teria sido desestigmatizada (passando de desviante para carismática) e que a contaminação pelo vírus passa a ser vista como um prêmio que permite ao sujeito pertencer tanto à comunidade gay mais ampla quanto àquela formada pelos

soropositivos. Com relação especificamente aos Estados Unidos e à Europa, Barker (2002) e Cabaj (2000) sugerem que muitos indivíduos (particularmente adolescentes moradores de rua), tentariam se contaminar voluntariamente com o vírus do HIV para poder obter determinados benefícios médicos e sociais.

Saúde

Perguntas mais gerais sobre o estado de saúde dos sujeitos foram introduzidas com o intuito de investigar temas ligados a somatizações e a transtornos alimentares. Apesar de não termos sido capazes de obter material relevante sobre transtornos alimentares, um entrevistado disse que comia “para compensar carências afetivas”, enquanto outro mencionou ter sido obeso durante a infância e adolescência. Os depoimentos com relação a somatizações, no entanto, foram extremamente interessantes e corroboram os achados de Shidlo (1994). Ao passo que alguns sujeitos relataram sintomas tais como gastrite, dores de cabeça e insônia, dois relatos específicos de somatizações se mostraram particularmente relevantes.

Quando eu era criança eu tive todos os somatismos que você possa imaginar. Abria de feridas do pescoço até em baixo, tive artrite com 16 anos, o pé ficou enorme, tive 500 problemas de saúde. Tinha intestino ou muito solto ou muito preso. Todos somatismos por uma questão minha da homossexualidade, para a qual eu não via saída. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Solicitado a falar mais sobre este tema, o entrevistado continuou:

Eu me lembro que no colégio eu não tinha uma coisa efeminada, mas também não era igual aos outros meninos. E uma vez um menino no colégio falou que eu rebojava. Imediatamente eu comecei a mancar para não rebolar e aí arranjei uma artrite no pé. Naquela coisa de fingir que eu mancava, eu desenvolvi uma calcificação que eu tenho até hoje que doía absurdamente. Chegou a ser diagnosticado como câncer ósseo, tuberculose óssea, uma doença nova... Eu fui fazendo tratamentos durante três anos, tinha que tomar uma batelada de remédios. Chegaram quase a abrir meu pé para ver o que que era, fazer uma biópsia. E ninguém teve um lampejo de que aquilo tudo pudesse ser emocional, psicológico. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

O outro sujeito que relatou uma experiência de somatização mencionou que esta não se deveu à conflitos com relação à homossexualidade, mas sim de um medo muito grande de contrair HIV.

Lidei muito mal com a questão da AIDS. Tinha pânico, era paranóico com isso. No tempo que eu morei na Califórnia as pessoas me passaram um pouco isso, elas ficavam falando “*the bug is around*”. E eu ficava pensando que o vírus estava perto e eu pensava que não podia nem dar um beijo. Eu internalizei tanto isso que quando eu voltei para o Brasil transei com uma pessoa, estourou a camisinha, e eu achei que estava com AIDS. E eu tive todos os sintomas da AIDS no dia seguinte. Fiquei com manchas vermelhas nas costas e aí é claro que fui na internet ver os sintomas e tive todos eles, exatamente. Eu fiz 5 exames ao longo de 7 meses, fui a 9 médicos, uma coisa muito doida. E aí era impossível eu ter AIDS porque todos os testes deram negativos, então o médico me mandou fazer análise. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Para este entrevistado, o fato de ter vivido durante alguns meses achando que era HIV-positivo teve algumas conseqüências benéficas, tais como uma maior aceitação por parte da sua mãe, uma maior valorização da vida e um fortalecimento de sua identidade gay.

Durante 8 meses eu vivi uma vida de soropositivo. Eu achava que estava com AIDS e você acha que o seu mundo acabou, que você não tem mais nada. Você pensa: “eu vou morrer e vou morrer de uma forma feia, vou definhar, apodrecer vivo”. Horrível. Mas nunca bateu arrependimento de ser gay, nada disso. O que bateu foi desespero mesmo e uma valorização de tudo o que não valorizava antes. Quando a boa notícia veio eu continuei valorizando isso e a minha identidade gay fortaleceu muito porque eu pensei “muitos gays não tiveram esse final que eu tive, eles são soropositivos e vivem assim”. Foi aí que eu procurei o *Grupo Arco-Íris* para trabalhar. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

No que se refere especificamente ao uso de álcool e drogas, muitos entrevistados relataram beberem socialmente e já terem experimentado diversas drogas (tais como maconha e cocaína), apesar de atualmente não fazerem mais uso destas substâncias. Alguns sujeitos mencionaram que fumam maconha “de vez em quando”, mas apenas um indivíduo disse ter tido problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. De acordo com este entrevistado, seu uso abusivo de drogas esteve diretamente ligado à forma como vivenciou a descoberta da homossexualidade. Postula, também, a relação entre uso de drogas e comportamentos sexuais de risco, tema que foi abordado por nós anteriormente nesta tese.

Eu já bebi muito, fumei muito, me droguei muito e paguei caro por isso. Eu tive muitos problemas em função do uso abusivo de drogas, inclusive meu acidente de carro, problemas físicos, com a polícia, profissionais, de saúde, de toda ordem. Eu vivi um ciclo e saí, superei isso. Esse uso de drogas anterior tem muito a ver com a maneira com que eu vivi a minha sexualidade. No submundo gay eu conheci as drogas, usei drogas abusivamente, vivi uma vida sexual ativa abusivamente, corri muitos riscos. Quando começou a AIDS eu não acreditava, achava que era propaganda da Igreja. A minha atitude foi negar. Não me protegia, continuei tendo o mesmo comportamento. Não sei como não me contaminei. Vários namorados meus se contaminaram, morreram muitos. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Solicitado a falar mais sobre este assunto, o entrevistado mencionou que, na época, ele achava que o uso de drogas e o comportamento sexual de risco faziam parte da identidade gay, associação esta que revela elementos de preconceito internalizado, tal como nos apontam Finnegan e McNally (1995).

Me identifiquei com essa maneira de viver, achei que isso era a minha cara, que eu ia viver assim, porque eu estava condenado a viver assim, estava conformado com isso. Nem me dava conta do preço alto que eu pagava. Quando eu pensava eu achava: vale porque sou eu mesmo, não posso negar minha identidade. Mas chegou um momento em que eu me desconhecia e aí eu fui procurar ajuda para sair e descobrir que eu posso ter outras identidades. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Com relação aos transtornos mentais, despertou nossa atenção a frequência com que os entrevistados relatavam episódios de depressão, seja por mudanças no ciclo de vida, situações de desemprego, doenças ou rompimento com o parceiro. De fato, tal como vimos anteriormente, o rompimento com um parceiro é considerado um dos eventos de vida mais estressantes para os homossexuais.

Eu vivi uma depressão de quase 3 anos. De ficar 15 dias sem tomar banho, a comida ficar no chão, barata subir na cama, eu dormir 20-30 horas seguidas, compulsão por sexo. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Ficar em casa, triste, sem me interessar por nada, chorando... Quando algum namorado me deixava, me abandonava. Quando eu terminei este último relacionamento eu fiquei muito mal, pirei mesmo durante duas semanas, mas nunca pensei em me matar. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Para outros sujeitos, a depressão estava ligada a uma não-aceitação da homossexualidade, idéia esta corroborada por diversas pesquisas (Alexander, 1986; Meyer, 1995; Otis & Skinner, 1996).

Já pensei em me matar, mas nunca tentei. Inclusive, quando eu estava descobrindo o meu desejo homossexual e não aceitava de jeito nenhum foi uma época em que eu pensei em me matar. Eu não queria ser homossexual e eu fiquei muito perturbado por causa daquela tensão constante em administrar o meu desejo. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Assim como postulado pelo entrevistado acima, outros sujeitos também relataram terem contemplado o suicídio em algum momento de suas vidas. Em quase todos estes episódios, o preconceito internalizado com relação à homossexualidade aparecia como um fator de peso que deflagrava o pensamento suicida, tal como corroborado por outros estudos (Herrell e cols., 1999; King e cols., 2003).

Eu falo que eu só passei a viver depois dos 30 anos, até então eu não vivia, era uma vontade de morrer tão grande... **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Já pensei em me matar diversas vezes, e na maioria das vezes pela condição homossexual, de não saber o que é ser gay. Porque na verdade essa resposta no meu caso também é a resposta para “quem eu sou”, né? Qual é o propósito.... Tinha muito sofrimento, hoje menos. Eu não aceitava... **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Abstratamente eu sempre achei assim: “bom, se na hora estiver tudo muito ruim, é veneno, gilete ou gás”. Mas acho que eu não teria coragem não... Pensei sim que eu queria morrer, não de me matar, mas eu queria morrer nessa depressão. Porque eu pensei: “não vislumbro saída, está muito difícil de prosseguir, não tenho o apoio de ninguém”. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Por último, ressaltamos que além de depressão, outros transtornos mentais foram mencionados pelos entrevistados, dentre eles Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno do Pânico e Transtornos de Preferência Sexual (incluindo exibicionismo e compulsão por fazer sexo anônimo em banheiros públicos).

Eu tive Transtorno Obsessivo Compulsivo na infância, de lavar a mão, e na época ninguém nem sabia o que era isso. Eu lavava a mão tantas vezes que o processo acabava comendo a mão e ela ficava em carne viva. Eu pegava em um objeto, cismava que estava sujo e ia lavar a mão. Só que ninguém tinha noção o que era isso, pensavam que eu era muito asseado. **(Sílvia, 46 anos, arquiteto)**

Na minha adolescência eu tive muito isso, de me mostrar na janela do meu quarto. Eu corri muitos riscos de ser desmascarado, mas eu tinha prazer naquilo. Essa coisa da perversão, que foi aumentando em um grau até chegar nessa coisa de ir a banheiros masculinos para fazer sexo. Era uma doença porque eu não conseguia me controlar. Só vim a me controlar com a terapia. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Todos os indivíduos entrevistados (exceto 2) faziam ou haviam feito algum tipo de psicoterapia, alguns por mais de 15 anos. Entre as linhas teóricas citadas estavam: Psicanálise (Freudiana e Lacaniana), Terapias Corporais (Reichiana), Transpessoal, Gestalt Terapia, Psicodrama e Terapia Cognitivo-Comportamental. Vale ressaltar que a maioria destes sujeitos mencionou ter buscado ajuda psicoterápica devido a problemas ligados à homossexualidade e todos disseram terem se beneficiado com o tratamento.

Eu entrei na terapia pela questão do sexo. A minha busca na terapia foi por não lidar bem com o sexo e com a orientação sexual. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Hoje eu uso brinco, ando todo florido. No meu trabalho de conclusão de curso eu agradeço ao meu analista: “muito obrigado por me permitir florescer com todas as cores possíveis.” **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Me fez muito bem. Fui fazer porque queria me sentir melhor com a questão da homossexualidade. Estava namorando um menino e estava cheio de angústias, questionamentos. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Sugerimos, assim, que estudos posteriores investiguem os benefícios que uma psicoterapia pode oferecer a indivíduos homossexuais com ou sem preconceito internalizado, e quais, dentre as diversas linhas teóricas, são mais eficazes para trabalhar com este público (Davies & Neal, 2000).

Terapias de conversão

Com relação às terapias de conversão, praticamente todos os entrevistados já tinham ouvido falar neste tema, seja com este nome, seja com outros. A grande maioria dos sujeitos descreveu a prática como “ridícula”, “um horror”, “um embuste”, “lavagem cerebral” e “ilusão”, mencionando, igualmente, a associação entre as terapias de conversão e organizações religiosas fundamentalistas (sobretudo as evangélicas). Para estes indivíduos, a homossexualidade é uma orientação sexual irreversível, e faz tanto sentido transformar um gay em heterossexual quanto tentar fazer o oposto.

Eu acho que a homossexualidade é irreversível, então eu não acredito nessas Igrejas e mesmo em pseudo psicólogos que falam que é possível a pessoa se converter. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Nenhum dos entrevistados havia passado por terapias de conversão, mas muitos relataram conhecer indivíduos, na sua grande maioria evangélicos, que se submeteram a elas, evidentemente sem sucesso. Alguns sujeitos, inclusive, mencionaram terem recebido cantadas de homens que se diziam “ex-gays”. Perguntados sobre o motivo pelo qual homossexuais se submeteriam a estas “terapias” os entrevistados disseram que estas pessoas eram “mal-resolvidas” ou “tinham muito preconceito contra si mesmas”.

Alguns sujeitos mencionaram espontaneamente os projetos de lei que tramitam no Brasil (particularmente no Rio de Janeiro) que visam institucionalizar as terapias de conversão. Outros, por sua vez, falaram sobre a resolução do *Conselho Federal de Psicologia* que proíbe esta prática, chamando os profissionais que se dedicam a ela de “charlatões”, cujo registro profissional deveria ser cassado.

Acho que devia ser cassado todo profissional. Eu soube que o *Conselho de Psicologia* decidiu que como a homossexualidade não é doença não tem como um psicólogo se propor a curar, então na medida em que eles exercem isso deveriam ser cassados. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

É crime e fere o código de ética, então acho que a lei fala por si, eu não preciso dizer nada. Essas pessoas deveriam perder o registro delas porque elas estão ferindo a ética. **(Jaime, 30 anos, psicólogo)**

Eu acho que quem faz essa terapia de conversão não sabe do que está falando. Faz parte de um outro universo e vergonhosamente não fez seu dever de casa. O profissional que se disponha a oferecer uma coisa que seja chamada de terapia da conversão, é um crime. É definitivamente um charlatão. **(Fabiano, 36 anos, antropólogo)**

Dois entrevistados relataram terem ficado tão impressionados com a disseminação desta prática que optaram por combatê-la, seja em termos de militância homossexual, seja em discussões acadêmicas.

O maior perigo dessa conversão é porque o foco dela são os adolescentes, né? Imagina o dano que pode causar na formação de um adolescente um trabalho em cima deles desse tipo. Isso é muito perigoso, pode deixar seqüelas graves. **(Leonardo, 43 anos, agente de viagens)**

Tal como mencionou o entrevistado acima, pesquisas recentes realizadas nos Estados Unidos (e. g. Cianciotto & Cahill, 2006) apontam para o fato de que o Movimento Ex-Gay tem concentrado seus esforços cada vez mais em “prevenir a

homossexualidade futura” de crianças e adolescentes, direcionando suas campanhas publicitárias para os pais destes indivíduos. O depoimento abaixo, por sua vez, parece resumir bastante bem o panorama atual a respeito das terapias de conversão, além de ressaltar o aspecto de que no Brasil, ao contrário do que ocorre em outros países, estas práticas ainda estão restritas a profissionais que possuem ligações explícitas com instituições religiosas fundamentalistas.

Quando comecei a pesquisar na internet, fiquei impressionado com a institucionalização disso nos Estados Unidos. Eu descobri algumas instituições religiosas internacionais com representação aqui no Brasil, como a Exodus. Ela tem uma conexão com psicólogos evangélicos. Existem grupos muito estruturados nesse sentido e existem profissionais, instituições como a NARTH, por exemplo, que congrega psicólogos, psiquiatras e psicanalistas que defendem a terapia de conversão. Há uma tentativa de institucionalizar isso aqui no Brasil, no Rio, mas eu acho que isso está mais restrito ao universo dos psicólogos evangélicos, que misturam o campo religioso com o campo profissional. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Não obstante os depoimentos acima terem sido esperados por nós, despertou nossa atenção o fato de 3 entrevistados não terem se oposto, radicalmente, às terapias de conversão, mencionando que esta deveria ser uma “opção” para indivíduos que não aceitam a própria homossexualidade. Mesmo estes sujeitos, no entanto, duvidam da eficácia desta prática. Ressaltamos, também, que entramos em contato com alguns indivíduos brasileiros que haviam se submetido a terapias de conversão. No entanto, por não se adequarem aos critérios da nossa amostra, seus depoimentos não puderam ser incluídos nesta tese. Acreditamos, desta forma, que o tema das terapias de conversão deva ser pesquisado com maior profundidade em estudos futuros.

Preconceito internalizado

Com relação especificamente ao preconceito internalizado, um número significativo dos nossos entrevistados mencionou ter experienciado sentimentos negativos direcionados ao *self* em algum momento de sua vida. Tal como vimos anteriormente nesta tese, sentimentos de culpa e vergonha são frequentes em homossexuais com preconceito internalizado. O depoimento abaixo resume bem as experiências relatadas por diversos indivíduos.

Eu não queria ser homossexual. Tive uma resistência, uma oposição radical. Foi uma coisa muito conflituosa, sofrida, eu não queria admitir isso. E quanto mais eu relutava mais o desejo se colocava de uma forma imperativa dentro de mim e aí cheguei num ponto em que pensei: “vou ter que experimentar isso, vou ter que viver esse desejo para ver se eu quero isso ou não”. Mas até eu colocar isso em ação passaram-se anos de vida. Aí eu resolvi experimentar, ceder ao meu desejo. Timidamente comecei a fazer isso de uma maneira muito velada, com muito medo, até correndo um certo risco. Tudo muito planejado e controlado para que ninguém soubesse e também sentindo muita culpa. Aos poucos eu fui relaxando, vivendo a minha homossexualidade. É um processo de muitos anos. Quando eu me assumi para mim foi uma coisa super importante na minha vida. Eu me senti mais humano e isso fez toda a diferença do mundo. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Ressaltamos que o sentimento de culpa, central no fenômeno do preconceito internalizado tal como postulado por diversos autores (Downey & Friedman, 1995; Malyon, 1982; Nicely, 2001), também apareceu em uma série de depoimentos.

Esse negócio da culpa é uma coisa que ainda me persegue. Não só na área sexual, aparece em outros campos, na área profissional também. Acho que são restos ainda de uma não-aceitação minha que as vezes aparecem. **(Gabriel, 49 anos, psicólogo)**

Eu acho que pai e mãe colocam muitas das suas expectativas nos filhos, então minha mãe queria que eu casasse, que eu tivesse filhos, fosse advogado, um cara bem-sucedido, e isso não se realizou. Eu acho que fica difícil eu chegar nos meus pais por causa disso. Existe uma coisa de culpa minha por não ter cumprido esse papel que tinham me dado, eu cumpri outro. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Meu pai era um playboy, um homem lindo. Eu me lembro sempre da minha mãe falando “siga o exemplo do seu pai, veja como seu pai é másculo”. Me criou a vida inteira gritando aos meus ouvidos: “se eu tiver um filho viado eu prefiro ele morto”. (...) Eu acabava invariavelmente, inexoravelmente, remetido à questão da culpa. Culpa por ser assim, culpa por não estar atendendo à expectativa dos outros. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

O entrevistado acima, por exemplo, achou que a solução para este intenso sentimento de culpa por ser homossexual seria transformar-se em uma mulher.

Quando eu tinha 11 anos de idade eu falei que queria ir para o *John Hopkins Hospital* fazer a cirurgia de mudança de sexo. Porque eu entendia que ser mulher seria talvez a grande solução. Seria muito mais fácil ser mulher, eu viveria menos culpa, viveria mais feliz e eu achava que essa operação seria muito fácil, seria só cortar e pronto. Ser mulher era “a” solução. Eu me hormonizei, eu busquei uma identidade feminina como uma tentativa de ser melhor tratado, de ser melhor entendido. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Para alguns sujeitos, o preconceito internalizado e a culpa se traduziram em sintomas tais como depressão, doenças psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, ou comportamento sexuais de risco. Não obstante todos estes temas já terem sido discutidos anteriormente, o sujeito abaixo foi capaz de estabelecer uma correlação direta entre o que ele chamou de “compulsão sexual” e preconceito internalizado.

Eu tive sempre a visão de que sexo era uma coisa de sacanagem, de putaria, uma coisa baixa. Eu não fazia ligação de sexo com afeto. Hoje não é tão assim, mas eu ainda tenho essas sensações. Antes de ir para a terapia eu procurei o Sexólogos Anônimos porque eu tive uma época de perversão sexual gay. O mundo gay para mim ficou com essa visão. Freqüentar banheiros públicos de todo lugar, shopping, cinema, e você ter ali masturbação, toques e tal. E isso durante uma época da minha vida foi um vício, era uma doença. Eu acordava pensando nisso, ia dormir pensando nisso. Eu ia para o trabalho e a minha hora do almoço era para fazer isso e com isso vinha a culpa. Era o prazer, aquele desejo, mas logo em seguida vinha a culpa. Pensava: “eu quero morrer”. Várias vezes chorei, pedia a Deus para morrer. Eu julgava que era assim pelo fato de ser gay. Para mim ser gay era sofrer, era um karma, e eu estava aqui para pagar alguma coisa. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Tanto o entrevistado acima como outros sujeitos mencionaram que ainda sentem preconceito contra si mesmos em algumas situações, seja por serem homossexuais, seja por serem gays e HIV-positivos.

Uma vez eu estava em Ipanema, na praia, junto com meu ex-namorado, e ele quis me puxar para sentar no colo dele. Eu estava ali rodeado de amigos, mas estava me sentindo desconfortável, estava me sentindo mal com aquilo. Eu pedi licença e pensei: “todo mundo aqui vai achar que eu sou gay”. Só que eu estava junto com um monte de gays! Mas eu fiquei pensando: “e se passar uma pessoa conhecida que não é gay?” Outro dia meu atual companheiro pediu para eu passar protetor nele. Eu passei, mas com mal-estar. Uma coisa boba, né? Porque eu podia estar passando em um amigo. Mas eu tenho ainda preconceito internalizado. Eu sei que eu sinto isso, tenho preconceito com a condição. Aí resolvi fazer terapia. **(Pedro, 33 anos, publicitário)**

Já tive preconceito contra mim mesmo. Principalmente depois daqueles momentos que você ouve uma piadinha, “ih ele é viadinho”. E aí você fica “pô, peraí, então se a minha entonação de voz faz perceber que eu sou gay eu poderia ter um certo cuidado...” E pensa: “Que entonação de voz é essa que eu dou que dá para perceber?” ou “Que trejeito é esse que eu faço?”. Eu já me peguei pensando e articulando assim. **(Inácio, 38 anos, diretor de Centro Cultural)**

Já tive preconceito contra mim mesmo. Momentos em que eu desejaria não ser, que seria mais fácil não ser. Eu acho até que essa dificuldade toda que eu estou de falar sobre o HIV pode ser preconceito meu mesmo. Estou fazendo um pré-conceito de que as pessoas não vão aceitar. Pode ter gente até que pode falar

“eu também sou”. De repente as pessoas vão encarar normalmente. Nesse ponto eu acho que estou tendo preconceito contra mim mesmo por ser HIV-positivo. **(Márcio, 55 anos, advogado aposentado)**

Ressaltamos, por último, que mesmo entre os entrevistados que mencionaram nunca terem sentido preconceito contra si mesmos, a culpa e o preconceito internalizado experienciado por outros gays e lésbicas foram apontados como sentimentos extremamente prejudiciais, que afetam sobremaneira a vida e os relacionamentos dos indivíduos. Gostaríamos, assim, de concluir este capítulo com um trecho de uma entrevista que exemplifica, tristemente, a forma como nossa sociedade exclui indivíduos homossexuais, forçando-os, constantemente, a reavaliarem suas vidas e sua relação com o mundo.

Eu convivi por muitos e muitos anos, e de uma forma muito intensa, com um sentimento de culpa tremendo pela minha sexualidade. Eu nunca fui outra coisa. A minha sexualidade era percebida pelos outros desde muito pequeno. Eu lutei de uma maneira muito firme para resistir diante dessa hostilidade que as pessoas ao meu redor utilizavam. Eu tentava não me fazer de vítima, ainda que eu tivesse plena consciência da vítima que eu era. Eu tinha que lutar para que essas pessoas me percebessem primeiro como um ser humano. Eu tentava me igualar a elas e não era nunca compreendido dessa forma. A pecha da homossexualidade me acompanhou por toda a vida. É como o negro, né? Que pode estar fazendo o que for mas no final das coisas vão sempre dizer: “é preto, se não caga na entrada caga na saída”. **(Gustavo, 43 anos, advogado)**

Considerações finais

Como vimos ao longo desta tese, o estudo da internalização do preconceito por homossexuais é bastante recente e não existem, até o momento, tanto quanto saibamos, pesquisas brasileiras sobre este fenômeno. Assim, levando em consideração o panorama atual, este estudo exploratório teve por objetivo investigar o preconceito sexual internalizado entre homossexuais masculinos, pertencentes às classes médias, moradores da cidade do Rio de Janeiro. Mais especificamente, nosso intuito foi analisar, a partir de conceitos oriundos da Psicologia Social, de que forma este tipo específico de preconceito pode estar correlacionado com determinados transtornos mentais (depressão, suicídio e ansiedade), transtornos alimentares, abuso de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, dificuldades na conjugalidade homossexual (particularmente violência doméstica), e até a busca por terapias de conversão da homossexualidade. De fato, tal como evidenciamos a partir do material colhido durante a pesquisa de campo, não se pode falar em preconceito internalizado sem se referir a estes temas.

As entrevistas realizadas com os homossexuais masculinos se mostraram uma fonte valiosa de informação, e acreditamos que não nos teria sido possível realizar este estudo sem elas. A análise de discurso das entrevistas revelou dados bastante interessantes, não apenas sobre o fenômeno do preconceito internalizado, mas também com relação ao processo de aquisição de uma identidade gay e a forma como este é afetado pelo forte preconceito institucionalizado existente na nossa sociedade. No entanto, é preciso frisar, mais uma vez, que nossa pesquisa representa apenas um segmento específico da população gay, o que faz com que seus resultados não possam ser generalizados para a comunidade homossexual como um todo.

Ao contrário do que foi postulado em Nunan (2001), onde descobriu-se que o mercado gay brasileiro diferia significativamente daquele existente em outros países, os dados colhidos durante as entrevistas para este tese sugerem que

o preconceito sexual internalizado é possivelmente vivenciado de forma bastante semelhante por homossexuais brasileiros, norte-americanos e europeus.

Em primeiro lugar, com relação à identidade homossexual, mencionamos que praticamente todos os sujeitos acreditavam na existência de uma identidade gay específica que diferiria de uma identidade heterossexual tanto em aspectos negativos (maior preconceito experienciado pelos homossexuais), quanto positivos (homossexuais seriam indivíduos mais “sensíveis” e menos restritos a padrões de vida previamente estabelecidos). A grande maioria dos entrevistados também articulou o conceito de identidade gay com o de subcultura homossexual, frisando, não obstante, que ser gay era apenas uma de uma série de identidades distintas incorporadas no seu auto-conceito. Notamos, igualmente, que os entrevistados que desenvolveram um sentido de espiritualidade separado de experiências religiosas formais foram capazes de mediar os efeitos negativos do preconceito religioso em suas vidas, superando o aparente conflito entre homossexualidade e religiosidade, e caminhando em direção à aquisição de uma identidade gay mais positiva.

Dentre todos os entrevistados, nenhum disse ter escolhido ser gay, a maioria tendo percebido a própria homossexualidade desde muito cedo na vida, apesar das explicações dadas para esta orientação sexual variarem consideravelmente. Diversos sujeitos também relataram que, quando crianças, apresentavam graus mais baixos de conformidade ao papel de gênero masculino do que seus colegas de turma, situação esta que parece estar correlacionada com experiências de discriminação na infância, tal como veremos adiante. Uma decisão consciente de assumir a própria homossexualidade foi tomada pela maioria dos entrevistados, que frisaram aspectos positivos desta atitude, tais como deixar de levar uma vida dupla.

Todos os entrevistados mencionaram que a assunção da homossexualidade era um processo composto por fases, apesar deste processo variar muito de pessoa para pessoa. Neste sentido, alguns marcos considerados importantes pelos sujeitos incluíram: assunção da homossexualidade para si mesmo, dar-se conta de que existem outras pessoas iguais a você, ter as primeiras experiências sexuais e afetivas com alguém do mesmo sexo, experienciar a subcultura gay de um modo exacerbado e, finalmente, integrar a identidade gay como mais um aspecto da personalidade. Com relação aos mecanismos de encobrimento, podemos dizer que

grande parte dos sujeitos afirmou ter utilizado estes artifícios em algum momento de suas vidas, sobretudo durante a adolescência, antes de assumirem a homossexualidade para suas famílias, ou em situações de natureza profissional. Os recursos mais comuns incluíam inventar namoradas fictícias e uma preocupação excessiva com gestos e palavras que pudessem revelar inadvertidamente o estigma.

Não obstante todos os entrevistados terem assumido seu desejo homossexual internamente, o grau com que haviam revelado esta identidade para familiares, amigos e demais membros da sociedade variou significativamente. A maioria assumiu primeiro para amigos, depois para irmãos e finalmente para seus pais, com os familiares reagindo, na maior parte das vezes, de forma negativa. Em muitos casos, a assunção da homossexualidade para a família era apenas parcial e o assunto não era tratado abertamente. Chamou-nos a atenção o fato de que os pais parecem ter reagido melhor à revelação da homossexualidade do filho do que as mães, ao contrário do que sugere o senso comum. Perdas afetivas no processo de assunção da homossexualidade também ficaram evidentes, seja porque o sujeito nunca contou para seus familiares que é gay (o que diminui o grau de intimidade entre as pessoas), seja porque um dos membros da família não foi capaz de lidar com a notícia. Em algumas situações, as relações familiares melhoraram progressivamente com o passar dos anos, a medida em que pais e irmãos aceitavam melhor a homossexualidade do entrevistado. Mesmo assim, diversos sujeitos relataram se sentirem distantes de suas famílias de origem, mantendo relações de pouca intimidade com estas.

Todos os entrevistados mencionaram que o preconceito contra homossexuais ainda era muito grande no Brasil, não obstante este ter arrefecido nos últimos anos. Acreditamos, no entanto, que o preconceito contra gays adquiriu uma forma mais sutil e, portanto, sugerimos que um número maior de estudos sobre este tema seja realizado no Brasil, pesquisas estas que incluam tanto sujeitos homossexuais quanto heterossexuais. Investigar a discriminação a partir da ótica dos heterossexuais pode nos auxiliar na compreensão de temas tais como a relação entre o contato positivo entre membros de ambos os grupos e a redução do preconceito, e as diferenças entre o que as pessoas dizem (por exemplo, “não tenho nada contra gays”) e o que elas fazem (uso de estereótipos, discriminação e violência contra homossexuais).

Os estereótipos mais comumente atribuídos aos homossexuais incluíam as palavras “doente”, “pecador”, “pervertido”, “promíscuo”, “efeminado” e “irresponsável”, estereótipos estes muitas vezes perpetuados pelos meios de comunicação de massa e que dificultavam a aquisição de uma identidade gay positiva. Vale ressaltar que alguns entrevistados acreditavam que os próprios homossexuais eram responsáveis pela perpetuação destes estereótipos, sobretudo por não se assumirem ou por adotarem um comportamento sexual considerado promíscuo. No mesmo sentido, lembramos que a importância do contato com outros homossexuais que serviam como modelos positivos nos quais os sujeitos podiam se espelhar, foi apontada por diversos entrevistados. Em muitos casos, a amizade estabelecida com outros gays e lésbicas foi fundamental para a desconstrução de estereótipos, superação do preconceito internalizado e desenvolvimento de uma identidade gay positiva.

Todos os entrevistados relataram terem sofrido discriminação em maior ou menor grau em algum momento de suas vidas. O tipo de discriminação mais relatado foi a verbal (isto é, ouvir piadas ou xingamentos), sobretudo por parte de estranhos na rua. Tipos de discriminação mais graves foram encontrados em quatro categorias: discriminação por agentes de saúde mental, discriminação no ambiente de trabalho, discriminação na infância e/ou no ambiente escolar, e discriminação cometida por familiares. Acreditamos que estes tipos de discriminação devam ser pesquisadas em estudos posteriores, sobretudo as que ocorrem por agentes de saúde mental ou no ambiente escolar, devido aos altos custos psíquicos e sociais que acarretam. Lembramos, igualmente, que a estratégia da supercompensação (que parece estar correlacionada com preconceito internalizado) era utilizada por diversos entrevistados para lidar com situações de discriminação.

A grande maioria dos entrevistados mencionou acreditar na existência do preconceito positivo, apontando uma série de estereótipos positivos com relação aos gays, tais como “alegria”, “inteligência”, “flexibilidade”, “bom gosto” e “sensibilidade”. Alguns sujeitos, inclusive, pareciam acreditar na veracidade destes estereótipos, sobretudo na idéia da “sensibilidade” homossexual. Vale frisar, mais uma vez, que esta sensibilidade especial não deriva de uma característica intrínseca à homossexualidade, mas é fruto da experiência de encobrimento e estigmatização que faz com que o indivíduo tenha que prestar

constante atenção ao meio à sua volta, analisando detalhes imperceptíveis para a maioria das pessoas.

Com relação ao preconceito intra-grupal, todos os nossos entrevistados relataram haver preconceito entre homossexuais, sobretudo contra gays efeminados, travestis, lésbicas, bissexuais, indivíduos de classe carente ou gays não-assumidos. Dentre os sujeitos que assumiram serem eles mesmos preconceituosos, a maioria afirmou não gostar de gays efeminados, seja por medo de que o contato com estes indivíduos pudesse revelar o próprio estigma, seja por receio de se deparar com características consideradas femininas. Em alguns destes depoimentos, o preconceito internalizado apareceu como um elemento importante.

O estudo de campo revelou que em seus relacionamentos amorosos os homossexuais valorizavam elementos similares aos heterossexuais, e que relacionamentos longos eram bastante comuns. Com relação ao tema da divisão de papéis e tarefas dentro de casa, notamos que estas eram distribuídas de acordo com os gostos e habilidades de cada indivíduo. Na maior parte das vezes, esta divisão de tarefas não era rígida ou previamente combinada, acontecendo naturalmente ao longo do tempo e podendo sofrer mudanças caso houvesse necessidade. Estes dados vão de encontro ao que parece acontecer com casais heterossexuais, nos quais existe uma divisão bastante rígida de tarefas consideradas masculinas e femininas. Ressaltamos que apesar de haver uma divisão igualitária das tarefas domésticas, diversos entrevistados relataram dificuldades com relação à divisão financeira, o que sugere que esta seja uma área de conflito bastante comum entre casais homossexuais masculinos.

Os motivos de discussão dos sujeitos nos pareceram tão variados quanto os relacionamentos, não obstante praticamente todos os entrevistados terem relatado que utilizavam a conversa como mecanismo de resolução de conflito. Ficamos surpresos, no entanto, com o fato de termos encontrado diversos depoimentos de situações de violência doméstica, incluindo violência verbal e/ou física. Infelizmente, não fomos capazes de obter informações mais aprofundadas sobre este fenômeno durante as entrevistas realizadas para esta pesquisa. Levando em consideração que a violência doméstica entre casais gays parece ser um problema social grave com níveis de prevalência similares aos encontrados entre casais heterossexuais, acreditamos que este tema deva ser melhor investigado em estudos

posteriores, dedicados exclusivamente à análise da dinâmica da violência doméstica na conjugalidade homossexual.

A influência do preconceito, tanto internalizado quanto institucionalizado, no relacionamento amoroso entre homossexuais, foi abordada por quase todos os sujeitos. No que se refere ao preconceito institucionalizado, diversos entrevistados mencionaram as restrições legais impostas a casais homossexuais, assim como a impossibilidade de realizar demonstrações físicas de afeto, situação esta que faz com que os sujeitos tenham que manipular constantemente as informações que os revelam como casal. O preconceito internalizado, por sua vez, impediria muitos homossexuais de estabelecerem ou assumirem uma relação amorosa, com medo de que esta atitude revelasse o estigma. Em diversos casos, as constantes discussões entre os membros do casal sobre o grau em que deveriam assumir o relacionamento para outras pessoas provocou a quebra da confiança entre os parceiros e o conseqüente término da relação.

Dentre os casais assumidos, alguns relataram apoio por parte de suas famílias de origem, o mesmo não ocorrendo no caso da comunidade gay de um modo geral. Neste sentido, a maioria dos sujeitos pareceu concordar com a idéia de que a comunidade homossexual não favoreceria relacionamentos duradouros, pois estimularia o sexo casual e a rotatividade de parceiros. Assim, sujeitos com relacionamentos estáveis e de longa duração disseram evitar freqüentar determinados lugares da comunidade gay com o intuito de preservar suas relações. No que se refere ao assunto dos filhos as respostas foram bastante variadas, mas dentre os sujeitos que desejavam tê-los, a adoção foi o caminho mais citado.

Com relação ao tema da sexualidade, notamos que a monogamia era uma escolha negociada pelos parceiros, podendo adotar diferentes formatos de acordo com a situação. Estes mesmos sujeitos também fizeram a separação entre *fidelidade amorosa* (que sempre é considerada uma traição) e *fidelidade sexual* (que não é, necessariamente, considerada uma traição), divisão esta explicada pela socialização de gênero masculina e não por características inerentes à homossexualidade. Independente de quais fossem as regras estabelecidas pelo casal, a lealdade e o respeito deveriam ser mantidos em todas as circunstâncias. Neste sentido, sugerimos que estudos futuros investiguem as diferenças entre os conceitos de “fidelidade” e “lealdade” e o sentido que eles adquirem para casais homossexuais.

Os entrevistados também postularam que os homossexuais masculinos teriam uma vida sexual mais ativa (quando comparados a lésbicas ou a heterossexuais), mas que esta seria uma característica da sexualidade masculina, em nada relacionada com a homossexualidade. Alguns sujeitos, no entanto, mencionaram que certos elementos da subcultura homossexual favoreciam uma vida sexual mais “visível” e que o “mundo gay” facilitaria a troca de parceiros, tal como mencionado anteriormente. Em um outro sentido, ressaltamos que, ao contrário do que ocorreu em estudos anteriores (Nunan, 2001), todos os entrevistados relataram que existia uma forte divisão, dentro da comunidade gay carioca, entre homossexuais ativos e passivos. Deste modo, o homossexual passivo, associado com a figura feminina, seria fortemente discriminado tanto por outros gays quanto pela sociedade mais ampla. Estes dados vão de encontro aos postulados por estudos realizados no Estados Unidos e na Europa, onde não parece existir uma presença marcante do modelo atividade/passividade na prática sexual dos homossexuais masculinos brancos de classe média.

No que se refere ao tema da AIDS, todos os entrevistados demonstraram um elevado grau de preocupação com a doença e com as formas de preveni-la, sobretudo através do uso de preservativos e da adoção de práticas sexuais consideradas seguras. Um temor com relação à AIDS foi evidenciado entre os indivíduos mais velhos da nossa amostra, que vivenciaram o início da epidemia e perderam diversos amigos e companheiros. Dois entrevistados revelaram espontaneamente serem HIV-positivos (um tendo sido diagnosticado em 1985 e outro há 1 ano), ambos relatando sentimentos de preconceito internalizado e preocupações com discriminação. Visto que a correlação entre AIDS e preconceito internalizado parece ser significativa (e. g. Nicholson & Long, 1990), acreditamos que este tema precise ser investigado em profundidade em estudos que abordem exclusivamente homossexuais HIV-positivo.

A disseminação de práticas sexuais de risco tais como o *barebacking* era de conhecimento da maioria dos entrevistados, que condenavam o comportamento por considerá-lo uma “roleta russa” que disseminava o HIV. Com relação ao *bug chasing* podemos dizer que alguns sujeitos estavam apenas cientes da existência do fenômeno (apesar de não saber que ele tinha este nome), enquanto que outros foram capazes de estabelecer diferenças entre ambas práticas. Dado o já mencionado aumento do *barebacking* e do *bug chasing*, tanto em outros países

quanto no Brasil, assim como sua correlação com preconceito internalizado, sugerimos que estes comportamentos sejam abordados em estudos separados e que investiguem apenas sujeitos que adotem práticas sexuais de risco.

Perguntas gerais sobre o estado de saúde dos sujeitos foram introduzidas no roteiro de entrevistas com o intuito de abordar temas ligados a somatizações e a transtornos alimentares. Apesar de não termos obtido material relevante sobre transtornos alimentares, relatos de somatizações correlacionadas com preconceito internalizado se mostraram bastante interessantes. O uso abusivo de álcool e drogas foi relatado por apenas um entrevistado, que correlacionou este comportamento com práticas sexuais de risco e preconceito internalizado. Com relação aos transtornos mentais, despertou nossa atenção a frequência com que os entrevistados relatavam episódios de depressão, seja ligados a uma não-aceitação da homossexualidade ou provocados por mudanças no ciclo de vida, situações de desemprego, doenças ou rompimento com o parceiro. Diversos sujeitos relataram terem contemplado o suicídio em algum momento de suas vidas e, em quase todos os episódios, o preconceito internalizado com a relação à homossexualidade aparecia como um fator de peso que deflagrava o pensamento de acabar com a própria existência. Outras dificuldades relacionadas à saúde mental, tais como Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno do Pânico e Transtornos de Preferência Sexual (incluindo exibicionismo e compulsão por fazer sexo anônimo em banheiros públicos), também foram relatadas pelos entrevistados.

Quase todos os sujeitos faziam ou haviam feito algum tipo de psicoterapia, a maioria mencionando ter buscado ajuda devido a problemas ligados à homossexualidade. No que se refere às terapias de conversão, praticamente todos os entrevistados já tinham ouvido falar neste tema, a maioria se posicionando contra a prática, pois consideravam a homossexualidade uma orientação sexual irreversível. Despertou nossa atenção o fato de três entrevistados não terem se oposto, radicalmente, às terapias de conversão, mencionando que esta deveria ser uma “opção” para indivíduos que não aceitavam a própria homossexualidade. Vale lembrar, no entanto, que mesmo estes sujeitos duvidavam da eficácia desta prática. Visto que este estudo não entrevistou indivíduos que se submeteram a terapias de conversão, acreditamos que este assunto precise ser investigado em estudos futuros, sobretudo devido à aparente correlação entre preconceito internalizado e busca por terapias que tentam reverter a homossexualidade.

Por último, ao serem perguntados diretamente a respeito de preconceito internalizado, observamos que um número significativo de entrevistados mencionou ter experienciado sentimentos negativos (sobretudo culpa e vergonha) direcionados ao *self* em algum momento de suas vidas. Diversos sujeitos relataram ainda sentirem preconceito contra si mesmos em diversas situações, sensação esta que afeta sobremaneira suas vidas e seus relacionamentos. Notamos, também, que dentre aqueles indivíduos que haviam desenvolvido uma identidade gay mais positiva, o preconceito internalizado era menor.

À guisa de conclusão gostaríamos de dizer que este estudo foi de natureza exploratória e teve por objetivo investigar o preconceito internalizado entre homossexuais masculinos e sua correlação com determinados sintomas, tais como depressão e suicídio, transtornos alimentares, abuso de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, violência doméstica e busca por terapias de conversão da homossexualidade. Em outras palavras, esta tese procurou ilustrar associações, frisando que é extremamente improvável que se possa inferir uma relação causal direta entre a existência do preconceito internalizado e os sintomas clínicos descritos acima. O que postulamos é que, no caso de homossexuais que apresentam determinadas queixas clínicas, a influência do preconceito internalizado deve ser sempre avaliada como uma possibilidade.

Enquanto que a maioria destas correlações (exceto a de transtornos alimentares) foi exemplificada nesta pesquisa, estudos posteriores são necessários para investigar em profundidade cada um destes aspectos. Levando-se em consideração a prevalência do preconceito contra homossexuais masculinos na cidade do Rio de Janeiro, acreditamos que nosso objetivo como psicólogos e cientistas sociais seja o de facilitar a aquisição de uma identidade positiva por parte dos indivíduos, independente da orientação sexual destes.

Referências bibliográficas

ABERSON, C.L. Aversive bias toward gay men? *Current Research in Social Psychology*, v. 8, n. 19, 2003. p. 1-9.

ADAM, B.D. & SEARS, A. *Experiencing HIV: personal, family, and work relationships*. New York: Columbia University Press, 1996.

ADAM, B.D.; SEARS, A. & SCHELLENBERG, E.G. Accounting for Unsafe Sex: interviews with men who have sex with men. *The Journal of Sex Research*, v. 37, n. 1, 2000. p. 24-36.

ADAMS, H.E. & STURGIS, E.T. Status of behavioral reorientation techniques in the modification of homosexuality: a review. *Psychological Bulletin*, v. 84, 1977. p. 1171-1188.

ADAMS, H.E.; WRIGHT, L.W. & LOHR, B.A. Is homophobia associated with sexual arousal? *Journal of Abnormal Psychology*, v. 105, n. 3, 1996. p. 440-445.

ALBUQUERQUE, J.A.G. Gênero, Sexualidade e Sexo: três dimensões da diferenciação sexual. In: **POIAN, C.** (org.) *Homem Mulher: abordagens sociais e psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Taurus, 1987. p. 61-68.

ALEXANDER, R.A. *The Relationship Between Internalized Homophobia and Depression and Low Self-Esteem in Gay Men*. Doctoral Dissertation, University of California at Santa Barbara, 1986.

ALLEN, D.J. & OLESON, T. Shame and internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, v. 37, n. 3, 1999. p. 33-43.

ALLPORT, G.W. *The Nature of Prejudice*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1954/1979.

ALMEIDA NETO, L.M. *Família no Brasil dos Anos 90: um estudo sobre a construção social da conjugalidade homossexual*. Tese de Doutorado, Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, 1999.

ALTEMEYER, B. & HUNSBERGER, B. Authoritarianism, religious fundamentalism, quest, and prejudice. *The International Journal of the Psychology of Religion*, v. 2, 1992. p. 113-133.

AMADIO, D.M. Internalized heterosexism, alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men. *Addictive Behaviors*, v. 31, 2006. p. 1153-1162.

AMNESTY INTERNATIONAL. (2001). *Crimes of Hate, Conspiracy of Silence. Torture and ill-treatment based on sexual identity*. London: Amnesty International Publications.

ANDERSON, A.E. Males with eating disorders. In: **YAGER, J.; GWIRTSMAN, H.E. & EDELSTEIN, C.K.** (eds.). *Special Problems in Managing Eating Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992. p. 87-118.

- ANDERSON, A.E. & HOLMAN, J.E.** Males with Eating Disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacology Bulletin*, v. 33, 1997. p. 391-397.
- ANDERSON, S.C.** Addressing Heterosexist Bias in the Treatment of Lesbian Couples with Chemical Dependency. In: **LAIRD, J. & GREEN, R.-J.** (eds.). *Lesbians and Gays in Couples and families – a handbook for therapists*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996. p. 316-340.
- ANESHENSEL, C.S.** Social Stress: theory and research. *Annual Review of Sociology*, v. 18, 1992. p. 15-38.
- ANESHENSEL, C.S.; RUTTER, C.M. & LACHENBRUCH, P.A.** Social structure, stress, and mental health: competing conceptual and analytic models. *American Sociological Review*, v. 56, 1991. p. 166-178.
- ANTUNES, M.C.** *Territórios de vulnerabilidade ao HIV: homossexualidades masculinas em São Paulo*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.
- ANTUNES, R. & MACHADO, C.** Dupla Invisibilidade: a violência nas relações homossexuais. *Psicologica*, n. 39, 2005. p. 167-187.
- ARABSHEIBANI, R.; MARIN, A. & WADSWORTH, J.** (2006). Gay Pay in the UK. *CentrePiece Magazine*. Summer edition.
- ARIÈS, P.** Reflexões Sobre a História da Homossexualidade. In: **ARIÈS, P. & BEJIN, A.** (orgs.) *Sexualidades Ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 77-92.
- ARONSON, E.** Prejudice. In: *The Social Animal*. New York: Worth Publishers/W.H. Freeman and Company, 1999. p. 304-363.
- . Self-Justification. In: *The Social Animal*. New York: W. H. Freeman and Company, 1992. p. 171-239.
- ATKINS, D.** *(In)Visible Bodies: weight and appearance in a lesbian, bisexual and gay community*. Master Thesis. University of Iowa, Department of Anthropology, 1998.
- AUGOUSTINOS, M & WALKER, I.** Stereotypes, Prejudice and Intergroup Attributions. In: *Social Cognition*. London: Sage Publications, 1995. p. 207-261.
- BABBITT, W.** Domestic Violence in Same Sex Relationships. *Counseling Today*, v. 39, n. 12, 1997.
- BADGETT, L.** *Income Inflation: the myth of affluence among gay, lesbian, and bisexual Americans*. The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force / The Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies, 1998.
- BADGETT, L. & KING, M.C.** Lesbian and Gay Occupational Strategies. In: **GLUCKMAN, A. & REED, B.** (eds.) *Homo Economics: capitalism, community, and lesbian and gay life*. London: Routledge, 1997. p. 73-86.
- BADINTER, E.** *XY: Sobre a Identidade Masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

BAILEY, J.M. & ZUCKER, K.J. Childhood Sex-Typed Behavior and Sexual Orientation: a conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, v. 31, 1995. p. 43-55.

BAPST, D. Glory Holes And The Men Who Use Them. *Journal of Homosexuality*, v. 41, n. 1, 2001. p. 89-102.

BARCELOS, J.D.M. *(Con)sumindo a Diferença: a homossexualidade entre a visibilidade e a massificação*. Dissertação de Mestrado. PUC-RIO, Departamento de Psicologia, Rio de Janeiro, 1998.

BARKER, A. Bug Chasing – Why do people deliberately seek to get infected? *Living +*, nov./dec. 2002. p. 6-7.

BARLOW, D.H.; LEITENBERG, H. & AGRAS, W.S. Experimental control of sexual deviations through manipulation of the noxious scene in covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 74, 1969. p. 596-601.

BARNHOUSE, R.T. *Homosexuality: a symbolic confusion*. New York: Seabury Press, 1977.

BARRET, R. & BARZAN, R. Spiritual experiences of gay men and lesbians. *Counseling and Values*, v. 41, 1996. p. 4-15.

BASOW, S.A. & JOHNSON, K. Predictors of Homophobia in Female College Students. *Sex Roles*, v. 4, n. 5-6, 2000. p. 391-404.

BAUMEISTER, R.F. The Self. In: **GILBERT, D.T. e cols.** *The Handbook of Social Psychology – volume 1*. McGraw Hill, 1998. p. 680-740.

BAYER, R. *Homosexuality and American Psychiatry, the Politics of Diagnosis*. Princeton: Princeton University Press, 1987.

BECKSTEAD, A.L. Cures Versus Choices: agendas in sexual reorientation therapy. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** (eds.). *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001. p. 87-115.

BEGELMAN, D.A. Ethical and Legal Issues of Behavior Modification. In: **HERSEN, M.; EISLER, R. & MILLER, P.M.** (eds.). *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press, 1975. p. 159-189.

BELL, A.P. & WEINBERG, M.S. *Homosexualities: a study of diversity among men and women*. New York: Simon & Schuster, 1978.

BELL, A.P.; WEINBERG, M.S. & HAMMERSMITH, S.K. *Sexual Preference: its development in men and women*. Indiana: Indiana University Press, 1981.

BEM, D.J. & BEM, S. We're all non-conscious sexists. *Psychology Today*, nov. 1970. p. 22-26; 115-116.

BEREN, S.E.; HAYDEN, H.A.; WILFLEY, D.E. & GRILO, C.M. The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. *International Journal of Eating Disorders*, v. 20, 1996. p. 135-141.

BERGER, R.M. Men Together: understanding the gay couple. *Journal of Homosexuality*, v. 13, n. 3, 1990a. p. 31-49.

———. Passing: the impact on the quality of same-sex couple relationships. *Social Work*, v. 35, n. 4, 1990b. p. 328-332.

BERGLING, T. *Sissyphobia: gay men and effeminate behavior*. New York: Haworth Press, 2001.

BERRILL, K.T. Antigay violence and victimization in the United States; an overview. In: **HEREK, G.M. & BERRILL, K.T.** (eds.). *Hate Crimes: confronting violence against lesbians and gay men*. California: Sage, 1992. p. 19-45.

BERZON, B. *Permanent Partners: building gay and lesbian relationships that last*. New York: E. P. Dutton, 1988.

BESEN, W.R. *Anything but Straight – unmasking the scandals and lies behind the ex-gay myth*. New York: Harrington Park Press, 2003.

BHAT, S.; LEIGH, T.W. & WARDLOW, D.L. The Effect of Homosexual Imagery in Advertising on Attitude Toward the Ad. In: **WARDLOW, D.L.** (ed.) *Gays, Lesbians, and Consumer Behavior: Theory, Practice, and Research Issues in Marketing*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 161-176.

BICKELHAUPT, E.E. Alcoholism and Drug Abuse in Gay and Lesbian Persons: a review of incidence studies. In: **KUS, R.J.** (ed.). *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. 5-14.

BIEBER, I. Homosexuality. In: **FREEMAN, A. & KAPLAN, H.** (eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p. 963-976.

BIEBER, I.; DAIN, H.J. & DINCE, P.R. *Homosexuality: a psychoanalytic study*. New York: Basic Books, 1962.

BIRK, L. Group psychotherapy for men who are homosexual. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 1, 1974. p. 29-52.

BISSELL, L. Foreword. In: **KUS, R.J.** *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. xix-xxiii.

BLASBAND, D. & PEPLAU, L.A. Sexual exclusivity versus openness in gay couples. *Archives of Sexual Behavior*, v. 14, 1985. p. 395-412.

BLUMSTEIN, P. & SCHWARTZ, P. *American Couples: money, work, and sex*. New York: Morrow, 1983.

BOHAN, J. *Psychology and Sexual Orientation: coming to terms*. New York: Routledge, 1996.

BOOTH, F.L. Spirituality and the Gay Community. **KUS, R.J.** (ed.). *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. 57-65.

BOSWELL, J. *Christianity, Social Tolerance and Homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.

BOWES, J.E. Out of the Closet and into the Marketplace: Meeting Basic Needs in the Gay Community. In: **WARDLOW, D.L.** (ed.) *Gays, Lesbians, and*

Consumer Behavior: Theory, Practice, and Research Issues in Marketing. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 219-244.

BRADY, S. & BUSSE, W.J. The Gay Identity Questionnaire: a brief measure of homosexual identity formation. *Journal of Homosexuality*, v. 26, n. 4, 1994.

BRAND, P.A.; ROTHBLUM, E.D. & SOLOMON, L.J. A comparison of lesbians, gay men, and heterosexuals on weight and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, v. 11, 1992. p. 253-259.

BREHM, S.S. & KASSIN, S.M. *Social Psychology*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1990.

BROWN, L.S. Confronting internalized oppression in sex therapy with lesbians. *Journal of Homosexuality*, v. 12, n. 3-4, 1986. p. 99-107.

———. Lesbians, Weight, and Eating: new analyses and perspectives. In: **BOSTON LESBIAN PSYCHOLOGIES COLLECTIVE** (eds.). *Lesbian Psychologies*. Chicago: University of Illinois Press, 1987. p. 294-310.

BUCHALLA, A.P. Liberou Geral Para a AIDS. *Revista Veja*, edição 1893, ano 38, n. 8, 23 fev. 2005. p. 74-75.

BUCHANAN, M.; DZELME, K.; HARRIS, D. & HECKER, L. Challenges of Being Simultaneously Gay or Lesbian and Spiritual and/or Religious: a narrative perspective. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 2001. p. 435-449.

BUHRICH, N. & LOKE, C. Homosexuality, suicide and parasuicide in Australia. *Journal of Homosexuality*, v. 15, 1988. p. 113-129.

BULLOUGH, V.L. Homosexuality and the Medical Model. *Journal of Homosexuality*, v. 22, 1974. p. 99-110.

BURKE, L.K. & FOLLINGSTAD, D.R. Violence in Lesbian and Gay Relationships: theory, prevalence and correlational factors. *Clinical Psychological Review*, v. 19, n. 5, 1999, 487-512.

BURR, C. Homosexuality and Biology. In: **BUNTING, S.J.** (ed.) *Annual Editions Human Sexuality 96/97*. [S. L.]: Brown & Benchmark Publishers, 1996. p. 66-75.

BURSTOW, B. *Feminist Therapy: working in the context of violence*. California: Sage, 1992.

BURTLE, V. (ed.). *Women Who Drink*. Illinois: Charles C. Thomas, 1979.

BUX, D.A. Jr. The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: a critical review. *Clinical Psychology Review*, v. 16, 1996. p. 277-298.

BYRNE, D. Clinical Models for the Treatment of Gay Male Perpetrators of Domestic Violence. In: **RENZETTI, C.M. & MILEY, C.H.** (eds.) *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 107-116.

CABAJ, R.P. Substance Abuse in the Gay and Lesbian Community. In: **LOWINSON, J.H.; RUIZ, P. & MILLMAN, R.** (eds.). *Substance Abuse: a comprehensive textbook*. Maryland: Williams & Wilkins, 1992. p. 852-860.

———. Substance Abuse in Gay Men, Lesbians, and Bisexuals. In: **CABAJ, R. & STEIN, T.** (eds.). *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. p. 783-799.

———. Gays, lesbians, and bisexuals. In: **LOWENSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.P. & LANGROD, J.G.** (eds.). *Substance Abuse: a comprehensive textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. p. 725-733.

———. Substance Abuse, Internalized Homophobia, and Gay Men and Lesbians: psychodynamic issues and clinical implications. In: **GUSS, J.R. & DRESCHER, J.** (eds.). *Addictions in the Gay and Lesbian Community*. New York: Haworth Medical Press, 2000. p. 5-24.

CABRAL, A. & NICK, E. *Dicionário Técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix, 2003.

CADORET, A. *Des parents comme les autres homosexualité et parenté*. Paris: Odile Jacob, 2002.

CALLIGARIS, C. “O Presente” do Mix Brasil. O Sexo na Cidade, Caderno Mais!, *Folha de São Paulo*, 10 de ago. de 2003.

CAMARGOS, M.L. de Casamento Gay: desejo de ritual, tradição, simulacro ou direito? In: **LOPES, D.; BENTO, B.; ABOUD, S. & GARCIA, W.** *Imagem & Diversidade Sexual – Estudos da Homocultura*. São Paulo: Nojosa Edições, 2004. p. 352-358.

CAMERON, P. *Medical Consequences of What Homosexuals Do*. Washington, DC: Family Research Institute, 1993.

CAMINO, L.; SILVA, P. da; MACHADO, A. & PEREIRA, C. A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Revista Psicologia Política*, v. 1, n. 1, 2001. p. 13-36.

CALIFIA, P. Battered Lovers. *The Advocate*, March 4, 1986. p.42-45, 46.

CAPLAN, P. (ed.) *The Cultural Construction of Sexuality*. New York: Routledge.

CARELLI, G. É Possível Deixar de Ser Gay? *Revista Veja*, edição 1700, 16 maio 2001.

CARL, D. *Counseling Same-Sex Couples*. New York: Norton, 1990.

CARLAT, D.J.; CAMARGO, C.A. & HERZOG, D.B. Eating Disorders in Males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, 1997. p. 1127-1132.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. & NAPPO, S.A. *I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: UNIFESP, CEBRID & SENAD, 2002.

CARRARA, S. & RAMOS, S. *Política, Direitos, Violência e Homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004*. Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos – IMS/UERJ, 2005.

CASS, V.C. Homosexual Identity Formation: a theoretical model. *Journal of Homosexuality*, n. 4, 1979. p. 219-235.

———. Homosexual Identity: a concept in need of definition. *Journal of Homosexuality*, n. 9, 1984a. p. 105-126.

———. Homosexual Identity Formation: testing a theoretical model. *The Journal of Sex Research*, n. 20, 1984b. p. 143-167.

CASSALTO, L. Homossexualismo Nunca Mais. *Revista Manchete*, Rio de Janeiro, ano 48, n. 2502, 1 abr. 2000. p. 68-72.

CASTELLS, M. O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação. In: *O Poder da Identidade*. São Paulo: Paz e Terra, 1996/2002. p. 169-285.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M. & SILVA, L.B. da. *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

CATANIA, J.; COATES, T. & KEGELES, S. Towards an understanding of risk behavior: an AIDS reduction model. *Health Education Q*, v. 17, 1992. p. 53-72.

CATONNÉ, J-P. Femmes et hystérie au XIX^{ème} siècle. *Synapse*, n. 88, sept. 1992, p. 33-43.

CAUDILL, B.D. & MARLATT, G.A. Modeling Influences in Social Drinking: an experimental analogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 43, 1975. p. 405-415.

CAUTELA, J. Covert Sensitization. *Psychological Rep.*, v. 20, 1967. p. 1101-1106.

CENSO GLS – Instituto de Pesquisa e Cultura GLS (www.censogls.com.br). Uma joint-venture entre as empresas GLS Planet e JUMP Pesquisas, 2005.

CHAISSON, M.A.; STONEBURNER, R.L.; HILDEBRANDT, D.S.; EWING, W.E.; TELZAK, E.E. & JAFFE, H.W. Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack). *AIDS*, v. 5, 1991. p. 1121-1126.

CHASIN, A. *Selling Out: the gay & lesbian movement goes to market*. New York: St. Martin's Press, 2000.

CHESNEY, M.; BARRETT, D. & STALL, R. Histories of substance use and risk behavior: precursors to seroconversion in homosexual men. *American Journal of Public Health*, v. 88, 1998. p. 113-116.

CHILDERS, K. Status Characteristic Theory and Sexual Orientation: explaining gender differences in responses to sexual orientation. *Current Research in Social Psychology*, v. 5, n. 1, Apr. 24, 2000.

CHUANG, H.T. & ADDINGTON, D. Homosexual Panic: a review of its concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 33, n. 7, 1988. p. 613-617.

CIANCIOTTO, J. & CAHILL, S. *Youth in the crosshairs: the third wave of ex-gay activism*. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, 2006.

CID-10 – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLARK, J.M.; BROWN, J.C. & HOCHSTEIN, L.M. Institutional religion and gay/lesbian oppression. *Marriage and Family Review*, v. 14, 1990. p. 265-284.

CLARK, W.B. & MIDANIK, L. Alcohol use and alcohol problems among US adults: results of the 1979 national survey. In: **NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM** (eds.). *Alcohol and Health: alcohol consumption and related problems*. Washington DC: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 1982.

CLOUD, J. The Battle Over Gay Teens. *Time Magazine*, oct. 10, 2005. p. 1-9.

CLUNIS, D.M. & GREEN, G.D. *Lesbian Couples*. Seattle: Seal Press, 1993.

COATES, T. & STALL, R. *AIDS* 1988, v. 2, n. 1, 1988. p. 5239-5246.

COATES, D. & WINSTON, T. Counteracting the deviance of depression: peer support groups for victims. *Journal of Social Issues*, v. 39, n. 2, 1983. p. 171-196.

COCHRAN, S.D. Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: does sexual orientation really matter? *American Psychologist*, v. 56, n. 11, 2001. p. 931-947.

COCHRAN, S.D. & MAYS, V.M. Sex, lies, and HIV. *New England Journal of Medicine*, v. 322, 1990. p. 774-775.

———. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *American Journal of Epidemiology*, v. 151, n. 5, 2000. p. 516-523.

COCHRAN, S.D.; SULLIVAN, J.G. & MAYS, V.M. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 71, n. 1, 2003. p. 53-61.

COHEN, M. Eating Disorders in Gay Men – current issues. *National Eating Disorder Information Centre Bulletin*, v. 12, n. 3, 1997. p. 1-4.

COHEN, M.; DEAMANT, C.; BARKAN, S.; RICHARDSON, J.; YOUNG, M.; HOLMAN, S.; ANASTOS, K.; COHEN, J. & MELNICK, S. Domestic Violence and Child Sexual Abuse in HIV-Infected Women and Women at Risk for HIV. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 4, 2000. p. 560-565.

COHEN, K.M. & SAVIN-WILLIAMS, R.C. Developmental perspectives on coming-out to self and others. In: **SAVIN-WILLIAMS, R.C. & COHEN, K.M.** (eds.). *The Lives of Lesbians, Gays and Bisexuals: children to adults*. New York: Harcourt Brace, 1996. p. 113-151.

COHEN, R. *Coming Out Straight: understanding and healing homosexuality*. Virginia: Oakhill Press, 2001.

COKER, A.L.; SMITH, P. H.; McKEOWN, R.E. & KING, M.J. Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: physical, sexual and psychological battering. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 4, 2000. p. 553-559.

COLASANTO, D. Gay rights support has grown since 1982, Gallup poll finds. *San Francisco Chronicle*, San Francisco, Oct. 25, 1989. p. A21.

COLEMAN, V.E. Lesbian Battering: the relationship between personality and the perpetration of violence. *Violence and Victims*, v. 9, n. 2, 1994. p. 139-152.

CONRAD, S.R. & WINCZE, J.P. Orgasmic Reconditioning: controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals. *Behavior Therapy*, v. 7, 1976. p. 155-166.

COOK, D.R. *Internalized Shame Scale: professional manual*. Wisconsin: Channel Press, 1994.

COOMBS, R.H. & KENDELL, W.F. Sex differences in dating aspirations and satisfaction with computer-selected partners. *Journal of Marriage and the Family*, v. 28, 1966. p. 62-66.

COSTA, J.F. *A Inocência e o Vício: Estudos Sobre o Homoerotismo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

———. *A Face e o Verso: Estudos Sobre o Homoerotismo II*. São Paulo: Escuta, 1995a.

———. A Construção Cultural da Diferença dos Sexos. *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, ano 2, n. 3, jun. 1995b. p. 3-8.

COX, S. & GALLOIS, C. Gay and Lesbian Identity Development: a social identity perspective. *Journal of Homosexuality*, v. 30, n. 4, 1996.

COYLE, A. A study of psychological well-being among gay men using the GHQ-30. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 1993. p. 218-220.

CRISP, A.H. Anorexia Nervosa. *Hospital Medicine*, v. 1, 1967. p. 713-718.

———. Anorexia nervosa, “feeding disorder”, “nervous malnutrition”, or “weight phobia”? *World Review of Nutrition and Dietetics*, v. 12, 1970. p. 452-504.

CRISP, A.H. & TOMS, D.A. Primary Anorexia Nervosa on Weight Phobia in the Male: report on 13 cases. *British Medical Journal*, v. 1, 1972. p. 334-338.

CROCKER, J. & MAJOR, B. Social Stigma and Self-Esteem: the self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, v. 96, 1989. p. 608-630.

CROCKER, J.; MAJOR, B. & STEELE, C. Social Stigma. In: **GILBERT, D.T. & FISKE, S.T. & LINDZEY, G.** *The Handbook of Social Psychology – volume 2*. McGraw Hill, 1998. p. 504-553.

CROWE, L.C. & GEORGE, W.H. Alcohol and Human Sexuality: review and integration. *Psychological Bulletin*, v. 105, 1989. p. 374-386.

CRUZ, J.M. & FIRESTONE, J.M. Exploring Violence and Abuse in Gay Male Relationships. *Violence and Victim*, v. 13, 1998, 159-173.

CRUZ, A.S. & VIEIRA, J.L. Homossexualismo – Assumir Faz a Diferença. *Revista Época*, ano II, n. 70, 20 set. 1999. p. 44-51.

CURRIE, M.R.; CUNNINGHAM, E.G. & FINDLAY, B. The short internalized homonegativity scale: examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. *Educational and Psychological Measurement*, v. 64, n. 6, 2004. p. 1053-1067.

CURTIS, L. Domestic Violence Comes Out of The Closet. *Las Vegas Mercury*, April 25, 2002. p. 1-4.

DALLY, P. *Anorexia Nervosa*. London: William Heinemann Medical Books, 1969.

DANE, B. & MILLER, S. *AIDS: intervening with hidden grievers*. Connecticut: Auburn House, 1992.

DANK, B.M. *Coming Out in the Gay World*. *Psychiatry*, v. 34, 1971. p. 362-373.

DANTAS, B.M. *O Masculino na Mídia: repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira*. Dissertação de Mestrado. PUC/SP, Departamento de Psicologia, São Paulo, 1997.

D'AUGELLI, A.R. Developmental Implications of Victimization of Lesbian, Gay and Bisexual Youths. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 187-210.

D'AUGELLI, A.R. & HERSHBERGER, S.L. Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, v. 21, 1993. p. 412-448.

D'AUGELLI, A.R.; HERSHBERGER, S.L. & PILKINGTON, N.W. Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 68, n. 3, 1998. p. 361-371.

DAVERN, F. Gays can go straight "if they really want to". *METRO*, May 10th, 2001. p. 9.

DAVIDSON, M.G. Religion and Spirituality. In: **PEREZ, R.M.; DEBORD, K.A. & BIESCHKE, K.J.** (eds.). *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000. p. 409-433.

DAVIES, D. Homophobia and Heterosexism. In: **DAVIES, D. & NEAL, C.** (eds.) *Pink Therapy – a guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 42-65.

DAVIES, D. & NEAL, C. *Therapeutic Perspectives on Working With Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press, 2000.

DAVISON, G. Elimination of a sadistic fantasy by a client-controlled counter-conditioning technique. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 44, 1968. p. 157-162.

———. Homosexuality: the ethical challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 44, 1976. p. 157-162.

———. Not can but ought: the treatment of homosexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 46, 1978. p. 170-172.

———. Constructionism & Morality in Therapy for Homosexuality. In: **GONSIORREK, J. & WEINRICH, J.** (eds.). *Homosexuality: research implications for public policy*. California: Sage, 1991. p. 137-148.

DAY, N.E. & SCHOENRADE, P. Staying in the closet versus coming out: relationships between communication about sexual orientation and work attitudes. *Personnel Psychology*, v. 50, 1997. p. 147-163.

DDH (Disque Defesa Homossexual). *Estatísticas Gerais*. Rio de Janeiro: Centro de Referência Contra a Violência e Discriminação ao Homossexual (CERCONVIDH), 2005.

DEAN, L.; MEYER, H.H.; ROBINSON, K.; SELL, R.L.; SEMBER, R.; SILENZIO, V.M.B.; BOWEN, D.J.; BRADFORD, J.; ROTHBLUM, E.; SCOUT, D.; WHITE, J.; DUNN, P.; LAWRENCE, A.; WOLFE, D. & XAVIER, J. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, v. 4, n. 3, 2000. p. 101-151.

DEAUX, K. Reconstructing social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 19, 1993. p. 4-12.

DEAUX, K. & LAFRANCE, M. Gender. In: **GILBERT, D.T. e cols.** *The Handbook of Social Psychology – volume 1*. McGraw Hill, 1998. p. 788-827.

DECKER, B. Counseling gay and lesbian couples. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, v. 2, 1984. p. 39-52.

DEL PRIORE, M. *História do Amor no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2005.

DELOZIER, M.W. & RODRIGUE, J. Marketing to the Homosexual (Gay) Market: A Profile and Strategy Implications. In: **WARDLOW, D.L.** (ed.) *Gays, Lesbians, and Consumer Behavior: Theory, Practice, and Research Issues in Marketing*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 203-212.

D'EMILIO, J. Capitalism and Gay Identity. In: **SNITOW, A. e cols.** (eds.) *Powers of Desire: the politics of sexuality*. New York: Monthly Review Press, 1983. p. 100-113.

DEVINE, P.G. Stereotypes and Prejudice: their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 1989. p. 5-18

DEVLIN, P.K. & COWAN, G.A. Homophobia, perceived fathering, and male intimate relationships. *Journal of Personality Assessment*, v. 49, 1985. p. 467-473.

DEW, B.J. & CHANEY, M.P. The relationship among sexual compulsivity, internalized homophobia, and HIV at-risk sexual behavior in gay and bisexual male users of internet chat rooms. *Sexual Addiction & Compulsivity*, v. 12, n. 4, 2005. p. 259-273.

DILLEY, J.W.; WOODS, W.J. & McFARLAND, W. Are Advances in Treatment Changing Views About High Risk Sex? *New England Journal of Medicine*, v. 337, 1997. p. 501-502.

DIPLACIDO, J. Minority Stress Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 138-159.

DOHRENWEND, B.P. The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *Health and Social Behavior*, v. 41, 2000. p. 1-19.

DOKA, K. *Disenfranchised Grief: recognizing hidden sorrow*. Massachusetts: Lexington Books, 1989.

DOVIDIO, J.F. & GAERTNER, S.L. *Prejudice, Discrimination, and Racism*. New York: Academic Press, 1986.

DOWNEY, J.I. & FRIEDMAN, R.C. Internalized homophobia in lesbian relationships. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, v. 23, n. 3, 1995. p. 435-447.

DRESCHER, J. I'm Your Handyman: a history of reparative therapies. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** (eds.). *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001a. p. 5-24.

———. Ethical concerns raised when patients seek to change same-sex attractions. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** (eds.). *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001b. p. 181-210.

DRIGGS, J.H. & FINN, S.E. *Intimacy Between Men: how to find and keep gay love relationships*. New York: Dutton, 1990.

DUBERMAN, M. *Cures: a gay man's odyssey*. New York: Dutton, 1991.

DUCKITT, J. Psychology and Prejudice. *American Psychologist*, v. 10, n. 2, 1992. p. 1182-1193.

DUNCAN, K.; CLIPSHAM, J.; HAMPSON, E.; KRIEGER, C.; MACDONNELL, J.; ROEDDING, D.; CHOW, K. & MILNE, D. *Improving the Access to and Quality of Public Health Services for Lesbians and Gay Men*. A Position Paper for the Ontario Public Health Association, 2000.

DUPRAS, A. Internalized homophobia and psychosexual adjustment among gay men. *Psychological Reports*, v. 75, 1994. p. 23-28.

DWORKIN, S.H. Female, lesbian, and Jewish: complex and invisible. In: **GREENE, B.** (ed.). *Ethnic and Cultural Diversity Among Lesbians and Gay Men*. California: Sage, 1997. p. 63-87.

EIDELBERG, L. Analysis of a Case of Male Homosexuality. In: **LORAND, S. & BALINT, M.** (eds.). *Perversions: psychodynamics & therapy*. New York: Gramercy Books, 1956. p. 279-289.

EKSTRAND, M.L. & COATES, T.J. Maintenance of Safer Sexual Behaviors and Predictors of Risky Sex: The San Francisco Men's Health Study. *American Journal of Public Health*, v. 80, n. 8, 1990. p. 973-977.

EKSTRAND, M.L. ; STALL, R.D.; PAUL, J.P.; OSMOND, D.H. & COATES, T.J. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. *AIDS*, v. 13, 1999. p. 1525-1533.

ELISE, D. Lesbian Couples: the implication of sex differences in separation-individuation. *Psychotherapy*, v. 23, 1986. p. 305-310.

ELLIOT, P. Shattering Illusions: same-sex domestic violence. In: **RENZETTI, C.M. & MILEY, C.H.** (eds.) *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 1-8.

ELLIS, A. Effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*, v. 20, 1956. p. 191-195.

ELLIS, H. *Studies in the Psychology of Sex: sexual inversion*. Honolulu: University Press of the Pacific, 1922/2001.

ELLIS, L. & WAGEMAN, B.M. The religiosity of mothers and their offspring as related to the offspring's sex and sexual orientation. *Adolescence*, v. 28, 1993. p. 227-234.

ELLISON, C.G. Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. *Social Science and Medicine*, v. 40, 1995. p. 1561-1572.

EPSTEIN, R. Ser ou Não Ser? *Revista Viver Mente e Cérebro*, ano XIV, n. 165, 2006. p. 40-45.

ESCOFFIER, J. The Political Economy of the Closet: notes toward an economic history of gay and lesbian life before Stonewall. In: **GLUCKMAN, A. & REED, B.** (eds.) *Homo Economics: capitalism, community, and lesbian and gay life*. London: Routledge, 1997. p. 123-134.

FARLEY, N. Same Sex Domestic Violence. In: **DWORKIN, S.H. & GUTIERREZ, F.J.** (eds.) *Counseling Gay Men and Lesbians: journey to the end of the rainbow*. Vancouver: American Counseling Association, 1992. p. 231-242.

———. A Survey of Factors Contributing to Gay and Lesbian Domestic Violence. In: **RENZETTI, C.M. & MILEY, C.H.** (eds.) *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 35-42.

FATKENHEUER, G.; THEISEN, A.; ROCKSTROH, J.; GRABOW, T.; WICKE, C.; BECKER, K.; WIELAND, U.; PFISTER, H.; REISER, M.; HEGENER, P.; FRANZEN, C.; SCHWENK, A. & SALZBERGER, B. Virological Treatment Failure of Protease Inhibitor Therapy in a Unselected Cohort of HIV-Infected Patients. *AIDS*, v. 11, 1997. p. 113-116.

FAUSTO-STERLING, A. *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*. [S. L.]: Basic Books, 2000.

FELDMAN, M.P. Helping Homosexuals with Problems: a commentary and a personal view. *Journal of Homosexuality*, v. 2, 1977. p. 241-250.

FELDMAN, M.P. & McCULLOCH, M.J. The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality: theory, technique, and preliminary results. *Behavior Research and Therapy*, v. 2, 1965. p. 165-183.

———. *Homosexual Behavior: therapy and assessment*. New York: Pergamon Press, 1971.

FERENCZI, S. L'homoérotisme: nosologie de l'homosexualité masculine. *Oeuvres Complètes – tome II: 1913-1919*, Psychanalyse II. Paris: Payot, 1914/1970.

FÉRES-CARNEIRO, T. A Escolha Amorosa e Interação Conjugal na Heterossexualidade e na Homossexualidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 10, n. 2, 1997. p. 351-368.

———. Conjugalidade: um estudo sobre as diferentes dimensões da relação amorosa heterossexual e homossexual. In: *Casal e Família: entre a tradição e a transformação*. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 96-117.

FICARROTTO, T.J. Racism, sexism, and erotophobia: attitudes of heterosexuals toward homosexuals. *Journal of Homosexuality*, v. 19, 1990. p. 111-117.

FICHTER, M.M. & DASER, C. Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine*, v. 17, 1987. p. 409-418.

FIFIELD, L. *On my way to nowhere: alienated, isolated, drunk*. Los Angeles: Gay Community Services Center and Department of Health Services, County of Los Angeles, 1975.

FINKELHOR, D. & ARAJI, S. Explanations of pedophilia: a four factor model. *The Journal of Sex Research*, v. 22 n. 2, 1986. p. 145-161.

FINNEGAN, D.G. & McNALLY, E.B. *Dual Identities: counseling chemically dependent gay men and lesbians*. Minnesota: Hazelden, 1987.

———. The National Association of Lesbian and Gay Alcoholism Professionals (NALGAP) – a retrospective. In: **KUS, R.J.** (ed.). *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. 83-90.

———. *Counseling Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Substance Abusers – Dual Identities*. New York: The Haworth Press, 2002.

FISKE, S.T. Stereotyping, Prejudice and Discrimination. In: **GILBERT, D.T. e cols.** *The Handbook of Social Psychology – volume 2*. McGraw Hill, 1998. p. 357-411.

FORD, J.G. Healing Homosexuals: a psychologist's journey through the ex-gay movement and the pseudo-science of reparative therapy. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** (eds.). *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001. p. 69-86.

FORST, E.C. & HEALY, R.M. Relationship between self-esteem and religious faith. *Psychological Reports*, v. 67, 1990. p. 378.

FORSTEIN, M. Homophobia: an overview. *Psychiatric Annals*, v. 18, 1988. p. 33-36.

———. Overview of Ethical and Research Issues in Sexual Orientation Therapy. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001. p. 167-179.

FORTUNATO, J.E. *Embracing the Exile: healing journeys of gay Christians*. New York: Seabury, 1982.

———. *AIDS, the spiritual dilemma*. San Francisco: Harper & Row, 1987.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 1 – A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1976/1999.

FRABLE, D.E.S.; BLACKSTONE, T. & SCHERBAUM, C. Marginal and mindful: deviants in social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 59, 1990. p. 140-149.

FRANK, B. Queer selves / queer in schools: Young men and sexualities. In: **PRENTICE, S.** (ed.) *Sex in Schools: Canadian education and sexual regulation*. Toronto: Our Schools / Our Selves Foundation, 1994.

FRANKLIN, K. Unassuming Motivations: contextualizing the narratives of antigay assailants. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 1-23.

FREITAS, A.; KAISER, S. & HAMMIDI, T. Communities, Commodities, Cultural Space, and Style. In: **WARDLOW, D.L.** (ed.) *Gays, Lesbians, and Consumer Behavior: Theory, Practice, and Research Issues in Marketing*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 83-107.

FRENCH, S.A.; STORY, M.; REMAFEDI, G. & RESNICK, M.D. Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, v. 19, 1996. p. 119-126.

FREUD, A. Some clinical remarks concerning the treatment of male homosexuality. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 30, 1949. p. 195.

———. Studies in Passivity: notes on homosexuality. In: **FREUD, A.** (ed.) *The Writings of Anna Freud: indications for child analysis and other papers*. New York: International Universities Press, 1952. p. 205-214.

FREUD, S. Estudos Sobre a Histeria. *Obras Completas, ESB*, v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1893-1895/1969.

———. A Interpretação dos Sonhos. *Obras Completas, ESB*, v. IV;V. Rio de Janeiro: Imago, 1900-1901/1969.

———. Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana. *Obras Completas, ESB*, v. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1901/1969.

———. Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. *Obras Completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1905a/1969.

———. Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. *Obras Completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1905b/1969.

———. Caráter e Erotismo Anal. *Obras Completas, ESB*, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1908a/1969.

———. Sobre as Teorias Sexuais das Crianças. *Obras Completas, ESB*, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1908b/1969.

———. Moral Sexual 'Civilizada' e Doença Nervosa Moderna. *Obras Completas, ESB*, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1908c/1969.

———. Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos. *Obras Completas, ESB*, v. X. Rio de Janeiro: Imago, 1909a/1969.

———. Quarta Lição. *Obras Completas, ESB*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1909b/1969.

———. Leonardo Da Vinci e uma Lembrança de sua Infância. *Obras Completas, ESB*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1910/1969.

———. Sobre o Narcisismo: uma Introdução. *Obras Completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1969.

———. A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher. *Obras Completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1920/1969.

———. Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. *Obras Completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1969.

———. Alguns Mecanismos Neuróticos no Ciúme, na Paranóia e no Homossexualismo. *Obras Completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1922/1969.

———. A Organização Genital Infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. *Obras Completas, ESB*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1923/1969.

———. Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise. *Obras Completas, ESB*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1932/1969.

FREUND, K. Some Problems in the Treatment of Homosexuality. In: **EYSENCK, H.J.** (ed.). *Some Problems in the Treatment of Homosexuality*. London: Pergamon Press, 1960. p. 312-326.

FREUND, K. & BLANCHARD, R. Is the distant relationship of fathers and homosexual sons related to the son's erotic preference for male partners, or to the son's atypical gender identity, or to both? *Journal of Homosexuality*, v. 9, 1983. p. 7-25.

FRIEDMAN, R.C. Couple therapy with gay couples. *Psychiatric Annals*, v. 21, 1991. p. 485-490.

———. Internalized homophobia, pathological grief, and high-risk sexual behavior in a gay man with multiple psychiatric disorders. *Journal of Sex Education and Therapy*, v. 23, n. 2, 1998. p. 115-120.

———. Homosexuality, psychopathology, and suicidality. *American Medical Association*, v. 56, n. 10, 1999. p. 887-888.

FRIEDMAN, R.C. & DOWNEY, J.I. Homosexuality. *The New England Journal of Medicine*, Special Article, v. 331, n. 14, 1994. p. 923-930.

———. Internalized homophobia and the negative therapeutic reaction. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, v. 23, n. 1, 1995. p. 99-113.

FROSCH, D.; SHOPTAW, S.; HUBBER, A.; RAWSON, R.A. & LING, W. Sexual HIV risk among gay and bisexual male methamphetamine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 13, 1996. p. 483-486.

FRY, P. *Para Inglês Ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FRY, P. & MACRAE, E. *O Que é Homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FULLILOVE, R.E.; FULLILOVE, M.T.; BOWSER, B.P. & GROSS, S.A. Risk of sexually transmitted disease among black adolescent crack users in Oakland and San Francisco, Calif. *Journal of the American Medical Association*, v. 263, 1990. p. 851-855.

GAINES, S.O. Coping With Prejudice: personal relationship partners as sources of socioemotional support for stigmatized individuals. *Journal of Social Issues*, v. 57, n. 1, 2001. p. 113-128.

GAINES, S.O.; HENDERSON, M.C.; KIM, M.; GILSTRAP, S.; YI, J.; RUSBULT, C.; HARDIN, D.P.; GAERTNER, L. Cultural value orientations, internalized homophobia, and accommodation in romantic relationships. *Journal of Homosexuality*, v. 50, n. 1, 2005. p. 97-117.

GAINES, S.O. & REED, E.S. Prejudice: from Allport to DuBois. *American Psychologist*, v. 50, n. 2, 1995. p. 96-103.

GAUTHIER, D.K. & FORSYTH, C.J. Bareback sex, bug chasers, and the gift of death. *Deviant Behavior*, v. 20, 1999. p. 85-100.

GENDIN, S. They Shoot Barebackers, Don't They? *POZ Magazine*, feb. 1999. p. 48-51, 69.

GEORGE, K.D. & BEHRENDT, A.E. Therapy for male couples experiencing relationship problems and sexual problems. *Journal of Homosexuality*, v. 14, 1988a. p. 77-88.

———. Therapy for Male Couples Experiencing Relationship Problems and Sexual Problems. In: **COLEMAN, E.** (ed.). *Psychotherapy with Homosexual Men and Women: integrated identity approaches for clinical practice*. New York: Haworth Press, 1988b. p. 77-88.

GEORGE, L.K.; LARSON, D.; KOENIG, H. & McCULLOUGH, M. Spirituality and health: what we know and what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 19, 2000. p. 102-116.

GETTELMAN, T.E. & THOMPSON, J.K. Actual differences and stereotypical perceptions in body image and eating disturbance: a comparison of male and female heterosexual and homosexual samples. *Sex Roles*, v. 29, n. 7/8, 1993. p. 545-562.

GILMAN, S.E.; COCHRAN, S.D.; MAYS, V.M.; HUGHES, M.; OSTROW, D. & KESSLER, R.C. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 6, 2001. p. 933-939.

GLUCKMAN, A. & REED, B. Introduction. In: **GLUCKMAN, A. & REED, B.** (eds.) *Homo Economics: capitalism, community, and lesbian and gay life*. London: Routledge, 1997. p. xi-xxxi.

GOFFMAN, E. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1959/2005.

———. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1963/1988.

GOMES, I.C. As Relações de Poder na Família: um estudo de caso envolvendo a violência psicológica. *Revista Psicologia Clínica*, v. 15, n. 2, 2003, no prelo.

GONÇALVES, L.C. *Matou a Bicha e Foi ao Cinema: a representação da homossexualidade nos programas televisivos populares: um estudo sobre, ética, violência e educação na mídia brasileira*. Dissertação de Mestrado. UFRJ, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro, 2000.

GONSIOREK, J.C. Psychological adjustment and homosexuality. *JSAS Catalog of Selected Documents*, v. 7, 1977. p. 45.

———. The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. *Journal of Homosexuality*, v. 7, 1982a. p. 9-20.

———. Results of psychological testing on homosexual populations. *American Behavioral Scientist*, v. 25, n. 4, 1982b. p. 385-396.

———. Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, v. 9, 1988. p. 114-122.

GOODWILL, K.A. Religion and the spiritual needs of gay Mormon men. *Journal of Gay and Lesbian Social Services: issues in practice, policy & research*, v. 11, n. 4, 2000. p. 23-37.

GORDON, C.M.; CAREY, M.P. & CAREY, K.B. Effects of a Drinking Event on Behavioral Skills And Condom Attitudes in Men: implications for HIV risk from a controlled experiment. *Health Psychology*, v. 16, 1997. p. 490-495.

GORMAN, E.M.; MORGAN, P. & LAMBERT, E.Y. Qualitative research considerations and other issues in the study of methamphetamine use among men who have sex with other men. In: **LAMBERT, E.Y.; ASHERY, R.S. & NEEDLE, R.H.** (eds.). *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*. Washington, DC: NIDA Research Monograph Series, 1995. p. 156-181.

GREEN, J. *Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do Século XX*. São Paulo: UNESP, 1999.

GREEN, R.; BETTINGER, M. & ZACKS, E. Are Lesbian Couples Fused and Gay Male Couples Disengaged? In: **LAIRD, J. & GREEN, R.-J.** (eds.). *Lesbians and Gays in Couples and Families*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996. p. 185-230.

GREENBERG, D. *The Construction of Homosexuality*. [S. L.]:The University of Chicago Press, 1988.

GREENWOOD, G.L.; RELF, M.V.; HUANG, B.; POLLACK, L.M.; CANCHOLA, J.A. & CATANIA, J.A. Battering Victimization Among a Probability-Based Sample of Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health*, v. 92, n. 12, 2002. p. 1964-1969.

GROSS, L. Don't Ask, Don't Tell: lesbian and gay people in the media. In: **LESTER, P.M.** (ed.) *Images That Injure: pictorial stereotypes in the media*. Connecticut: Praeger, 1996. p. 149-159.

GROTH, A.N., & BIRNBAUM, H.J. Adult sexual orientation and attraction to underage persons. *Archives of Sexual Behavior*, v. 7, n. 3, 1978. p. 175-181.

GROTH, A.N.; HOBSON, W.F. & GARY, T.S. The child molester: clinical observations. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, v. 1 n. 1/2, 1982. p. 129-144.

GRUPO GAY DA BAHIA. *Relatório Anual 2005. Assassinato de Homossexuais no Brasil*. Material de Arquivo, 2006.

GULICK, R.M.; MELLORS, J.W.; HAVLIR, D.; ERON, J.J.; GONZALEZ, C.; McMAHON, D.; RICHMAN, D.D.; VALENTINE, F.T.; JONAS, L.; MEIBOHM, A.; EMINI, E.A. & CHOKAKEWITZ, J.A. Treatment With Indinavir, Zidovudine, And Lamivudine in Adults With Human

Immunodeficiency Virus Infection and Prior Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*, v. 11, 1997. p. 734-739.

GUSS, J.R. Sex Like You Can't Even Imagine: "crystal", crack and gay men. In: **GUSS, J.R. & DRESCHER, J.** (eds.). *Addictions in the Gay and Lesbian Community*. New York: Haworth Medical Press, 2000. p. 105-122.

GWERCMAN, S. Casamento Gay. *Super Interessante*, n. 202, jul. 2004. p. 46-53.

HADDEN, S.B. Treatment of male homosexuals in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, v. 17, n. 1, 1966. p. 13-22.

HADDOCK, G. & ZANNA, M.P. Authoritarianism, Values, and the Favorability and Structure of Antigay Attitudes. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 82-107.

HALDEMAN, D.C. Sexual Orientation Conversion Therapy for Gay Men and Lesbians: a scientific examination. In: **GONSIORREK, J.C. WEINRICH, J.D.** (eds.). *Homosexuality: research implications for public policy*. California: Sage, 1991. p. 149-160.

———. The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 62, n. 2, 1994. p. 221-227.

———. The pseudo-science of sexual orientation conversion therapy. *Angles*, v. 4, n. 1, 1999. p. 1-4.

———. Therapeutic Antidotes: helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001. p. 117-130.

HALKITIS, P.N. & PARSONS, J.T. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care*, v. 15, n. 3, 2003. p. 367-378.

HALKITIS, P.N.; PARSONS, J.T. & WILTON, L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Archives of Sexual Behavior*, v. 32, n. 4, 2003. p. 351-357.

HAMBERGER, L.K. Intervention in Gay Male Intimate Violence Requires Coordinated Efforts on Multiple Levels. In: **RENZETTI, C.M. & MILEY, C.H.** (eds.) *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 83-91.

HARRY, J. Some Problems of gay / Lesbian Families. In: **CHILMAN, C.; NUNNALLY, E. & COX, F.** (eds.). *Variant Family Forms: families in trouble series*, 5. California: Sage Publications, 1988. p. 96-113.

HATFIELD, E. & SPRECHER, S. *Mirror, Mirror: the importance of looks in everyday life*. New York: SUNY Press, 1986.

HAWKINS, R.L. Therapy with the Male Couple. In: **DWORKIN, S.H. & GUTIERREZ, F.J.** (eds.). *Counseling Gay Men and Lesbians: journey to the end of the rainbow*. Vancouver: American Counseling Association, 1992. p. 81-94.

HAYS, R.B.; KEGELES, S. & COATES, T. High risk taking among young gay men. *AIDS*, v. 4, 1990. p. 901-907.

HAYS, R.B.; PAUL, J.; EKSTRAND, M.L.; KEGELES, S.M.; STALL, R. & COATES, T.J. Actual versus perceived HIV status, sexual behaviors and predictors of unprotected sex among Young gay and bisexual men who identify as HIV-negative, HIV-positive and Untested. *AIDS*, v. 11, 1997. p. 1495-1502.

HEATH, R.G. Pleasure and Brain Activity in Men. *Journal of Nervous Mental Disease*, v. 154, 1972. p. 3-18.

HEFFERNAN, K. Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: a review. *International Journal of Eating Disorders*, v. 16, 1994. p. 335-347.

HEILBORN, M.L. Ser ou Estar Homossexual: dilemas de construção de identidade social. In: **PARKER, R. & BARBOSA, R.M.** (orgs.) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 136-145.

———. *Dois é Par – Gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

HELENA, L. Violência doméstica assusta homossexuais. *O Globo*, Rio de Janeiro, 19 dez. 1999. p. 24.

HELMINIAK, D.A. *O Que a Bíblia Realmente Diz Sobre a Homossexualidade*. São Paulo: Summus, 1998.

HENLEY, N.M. & PINCUS, F. Interrelationship of Sexist, racist, and Antihomosexual Attitudes. *Psychological Reports*, v. 42, 1978. p. 83-90.

HERCULANO-HOUZEL, S. O Cérebro Homossexual. *Revista Viver Mente e Cérebro*, ano XIV, n. 165, 2006. p. 46-51.

HERDT, G.M. & BOXER, A.M. *Children of Horizons: how gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet*. Boston: Beacon Press, 1993.

HEREK, G.M. On Heterosexual Masculinity. *American Behavioral Scientist*, v. 29, 1986. p. 563-577.

———. Religious orientation and prejudice: a comparison of racial and sexual attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 13, 1987. p. 34-44.

———. Heterosexuals' attitudes towards lesbians and gay men: correlates and gender differences. *The Journal of Sex Research*, v. 25, n. 4, 1988. p. 451-477.

———. The context of anti-gay violence: notes on cultural and psychological heterosexism. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 5, 1990. p. 316-333.

———. Assessing attitudes towards lesbians and gay men: a review of empirical research with the ATLG scale. In: **GREENE, B. & HEREK, G.M.** (eds.). *Lesbian and Gay Psychology: theory, research, and clinical applications*. California: Sage, 1994. p. 149-169.

———. Heterosexism and Homophobia. In: **CABAJ, R.P. & STEIN, T.S.** (eds.). *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. p. 101-111.

———. Bad Science in the Service of Stigma. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 223-255.

———. “Reparative Therapy” and Other Attempts to Alter Sexual Orientation: a background paper. 1999. (no prelo)

———. Sexual Prejudice and Gender: do heterosexuals’ attitudes toward lesbians and gay men differ? *Journal of Social Issues*, v. 56, n. 2, 2000a. p. 251-266.

———. The Psychology of Sexual Prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 2000b. (no prelo)

HEREK, G.M. & CAPITANIO, J.P. “Some of my best friends...”: intergroup contact, concealable stigma, and heterosexuals’ attitudes toward lesbians and gay men. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 22, 1996. p. 412-424.

———. Sex Differences in How Heterosexuals Think About Lesbians and Gay Men: evidence from survey context effects. *The Journal of Sex Research*, 1999. (no prelo)

HEREK, G.M.; COGAN, J.C. & GILLIS, J.R. Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 67, n. 6, 1999. p. 945-951.

HEREK, G.M.; COGAN, J.C.; GILLIS, J.R. & GLUNT, E.K. Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, v. 2, 1997. p.17-25.

HEREK, G.M. & GLUNT, E.K. Interpersonal contact and heterosexuals’ attitudes towards gay men: results from a national survey. *The Journal of Sex Research*, v. 30, 1993. p. 239-244.

HERRELL, R.; GOLDBERG, J.; TRUE, W.R.; RAMAKRISHAN, V.; LYONS, M.; EISEN, S. & TSUANG, M. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *American Medical Association*, v. 56, n. 10, 1999. p. 867-874.

HERZOG, D.B.; NEWMAN, K.L. & WARSAW, M. Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 179, n. 6, 1991. p. 356-359.

HERZOG, D.B.; NORMAN, D.K.; GORDON, C. & PEPOSE, M. Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, v. 141, 1984. p. 989-990.

HICKS, D. The Importance of Specialized Treatment Programs for Lesbian and Gay Patients. In: **GUSS, J.R. & DRESCHER, J.** (eds.). *Addictions in the Gay and Lesbian Community*. New York: Haworth Medical Press, 2000. p. 81-94.

HIGGS, D. Rio de Janeiro. In: *Queer Sites: gay urban histories since 1600*. London: Routledge, 1999. p. 138-163.

HILL, P.C. & PARGAMENT, K.I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, v. 58, 2003. p. 64-74.

HIRSCH, D.A. & ENLOW, R.W. The effects of acquired immune deficiency syndrome on gay life-style and the gay individual. In: **SELIKOFF, I.J.; TEIRSEIN, A.S. & HIRSHMAN, S.Z.** (eds.). *Acquired Immune Deficiency Syndrome: Annals of the New York Academy of Sciences*. New York: New York Academy of Sciences, 1984. p. 273-282

HIRSCHFELD, M. *The Homosexuality of Men and Women*. New York: Prometheus Books, 1914/2000.

———. Homosexuality. In: **BLOCH, I. & HIRSCHFELD, M.** (eds.) *Encyclopedia Sexualis*: New York: Dingwall-Rock, 1936. p. 321-334.

HOOKE, E. The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, v. 21, 1957. p. 17-31.

HORNE, S.G. & NOFFSINGER-FRAZIER, N. Reconciling religion/spirituality with sexual identity. In: **WHITMAN, J.** (ed.). *The Therapist's Notebook for Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. New York: Haworth Press, 2003. p. 202-209.

HOSPERS, H.; MOLENAAR, S. & KOK, G. Focus group interviews with risk-taking gay men. *Patient Education and Counseling*, v. 24, 1994. p. 299-306.

HSU, L.K.G. *Eating Disorders*, New York: Guilford Press, 1990.

HUDSON, W.W. & RICKETTS, W.A. A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*, v. 5, n. 4, 1981. p. 357-372.

HUEBNER, D.M.; DAVIS, M.C.; NEMEROFF, C.J. & AIKEN, L.S. The impact of internalized homophobia on HIV preventive interventions. *American Journal of Community Psychology*, v. 30, n. 3, 2002. p. 327-348.

HUMAN RIGHTS CAMPAIGN FOUNDATION. *Finally Free. Personal Stories: how love and self acceptance saved us from the "ex-gay" ministries*. Human Rights Campaign Foundation, 2000.

HUMAN RIGHTS WATCH. *Hatred in the Hallways: violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, and transgender students in U.S. schools*. New York: Human Rights Watch, 2001.

IGARTUA, K.J.; GILL, K. & MONTORO, R. Internalized Homophobia: a factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, v. 22, n. 2, 2003. p. 15-30.

IMBER-BLACK, E. Transições Idiossincráticas de Ciclo de Vida e Rituais Terapêuticos. In: **CARTER, B. & MCGOLDRICK, M.** (eds.). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989/1995. p. 131-143.

IMBER-BLACK, E. & ROBERTS, J. *Rituals for Our Times: celebrating, healing, and changing our lives and our relationships*. New York: HarperCollins, 1992.

ISAY, R. *Being Homosexual: gay men and their development*. New York: Farrar, Strauss & Giroux, 1989.

———. *Becoming Gay: the journey to self-acceptance*. New York: Pantheon, 1996.

ISLAND, D., & LETELLIER, P. The Scourge of Domestic Violence. *Gay Book*, v. 9, 1990. p. 14.

———. *Men Who Beat the Men Who Love Them: battered gay men and domestic violence*. New York: Haworth Press Inc., 1991.

JABLONSKI, B. Até que a vida nos separe – a crise do casamento contemporâneo. Rio de Janeiro: Agir, 1991/1998.

———. Crenças e Crendices Sobre Sexualidade Humana. *Revista Teoria e Pesquisa*, v. 14, n. 3, 1999. p. 209-218.

———. *O Cotidiano do Casamento Contemporâneo – A Difícil e Conflitiva Divisão de Tarefas e Responsabilidades Entre Homens e Mulheres*. Projeto de Pesquisa em Andamento, CNPq 2004-2007.

———. *Bug Chasing*. Comunicação pessoal, 5 de agosto de 2005.

JACOBS, M.P. Do Gay Men Have a Stake in Male Privilege? In: **GLUCKMAN, A. & REED, B.** (eds.) *Homo Economics: capitalism, community, and lesbian and gay life*. London: Routledge, 1997. p. 165-184.

JACQUES, M.G.C. Identidade. In: **STREY, M.N. e cols.** *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 159-167.

JACOB, C.R.; HEES, D.R.; WANIEZ, P. & BRUSTLEIN, V. *Atlas da Filiação Religiosa e Indicadores Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/Loyola/CNBB, 2003.

JAGOSE, A. *Queer Theory*. Melbourne: University of Melbourne Press, 1996.

JAY, K. & YOUNG, A. *The Gay Report*. New York: Summit, 1977.

JENNY, C. & ROESLER, T.A. & POYER, K.L. Are children at risk for sexual abuse by homosexuals? *Pediatrics*, v. 1, 1994. p. 41-44.

JESUS, B. de. *Barebacking*. Apresentação feita no Comitê Assessor para Homens que Fazem Sexo com Homens, Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

JODELET, D. Os Processos Psicossociais da Exclusão. In: **SAWAIA, B.B.** (org.) *As Artimanhas da Exclusão – Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 53-65.

JOHNSON, T.W. & KEREN, M.S. Creating and Maintaining Boundaries in Male Couples. In: **LAIRD, J. & GREEN, R.-J.** (eds.). *Lesbians and Gays in couples and Families*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996. p. 231-250.

JONES, A.S.; GIELEN, A.C.; CAMPBELL, J.C.; SCHOLLENBERGER, J.; DIENEMANN, J.A.; KUB, J.; OCAMPO, P.J. & WYNNE, E.C. Annual and Lifetime Prevalence of Partner Abuse in a Sample of Female HMO Enrollees. *Women's Health Issues*, v. 9, 1999. p. 295-305.

JONES, E. *Vida e Obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

JONES, E.E.; FARINA, A.; HASTORF, A.H.; MARKUS, H.; MILLER, D.T. & SCOTT, R.A. *Social Stigma: the psychology of marked relationships*. New York: Freeman, 1984.

KAHAN, H. & MULRYAN, D. Out of the Closet. *American Demographics*, v. 17, n. 5, May 1995. p. 40-47.

KALICHMAN, S.C.; KELLY, J.A. & ROMPA, D. Continued High-Risk Sex Among HIV Seropositive Gay and Bisexual Men Seeking HIV Prevention Services. *Health Psychology*, v. 16, n. 4, 1997. p. 369-373.

KALICHMAN, S.C.; NACHIMSON, D.; CHERRY, C. & WILLIAMS, E. AIDS Treatment Advances and Behavioral Prevention Set-Backs: implications of reduced threat perceptions. *Health Psychology*, v. 17, 1998. p. 546-550.

KALTON, G. & ANDERSON, D.W. Sampling Rare Populations. *The Journal of the Royal Statistical Society, Series A (General)*, v. 149, part 1, 1986. p. 65-82.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. & GREBB, J.A. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KATES, S.M. *Twenty Million New Customers! Understanding Gay Men's Consumer Behavior*. New York: Harrington Park Press, 1998.

KATZ, J. *The Invention of Heterosexuality*. New York: Dutton, 1995.

KAUFMAN, M. The construction of masculinity and the triad of men's violence. In: **KIMMEL, M.S. & MESSNER, M.S.** (eds.). *Men's Lives*. New York: MacMillan, 1992.

KELLY, J. (ed.). *San Francisco lesbian, gay and bisexual alcohol and other drugs assessment study*: vol. 1. California: EMT Associates Inc., 1991.

KELLY, J.; ST. LAWRENCE, J.; BRASFIELD, T.; STEVENSON, L.Y; DIAZ, Y. E. & HAUH, A.C. AIDS risk behavior patterns among gay men in small southern cities. *American Journal of Public Health*, v. 80, 1990. p. 416-418.

KELLY, J.; MURPHY, D. & ROFFMAN, R. AIDS risk behavior among gay men in small cities: findings of a 16-city national sample. *Archives of Internal Medicine*, v. 152, 1992. p. 2293-2297.

KELLY, J.; OTTO-SALAJ, L.L.; SIKKEMA, K.J.; PINKERTON, S.D. & BLOOM, F. (1998). Implications of HIV Treatment Advances for Behavioral Research on AIDS: protease inhibitors and new challenges in HIV secondary prevention. *Health Psychology*, v. 17, 1998. p. 310-319.

KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A.; ZHAO, S.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.-U. & KENDLER, K.S. Lifetime and 12 Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, v. 51, 1994. p. 8-19.

KESSLER, R.C.; MICKELSON, K.D. & WILLIAMS, D.R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 40, 1999b. p. 208-230.

KESSLER, R.C.; ZHAO, S.; KATZ, S.J.; KOUZIS, A.C.; FRANK, R.G.; EDLUND, M. & LEAF, P. Past-year use of outpatient services for psychiatric

problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, v. 156, 1999a. p. 115-123.

KING, M. & BARTLETT, A. (2006). What same sex civil partnerships may mean for health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 60, p. 188-191.

KING, M.; McKEOWN, E.; WARNER, J.; RAMSAY, A.; JOHNSON, K.; CORT, C.; WRIGHT, L.; BLIZARD, R. & DAVIDSON, O. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, v. 183, 2003. p. 552-558.

KINGDON, M.A. Lesbians. *Counseling Psychology*, v. 8, 1979. p. 44-45.

KINSEY, A.C. & MARTIN, C.E. & POMEROY, W.B. *Sexual Behavior in the Human Male*. Indianapolis: Indiana University Press, 1948/1998.

KIRK, M. & MADSEN, H. *After the Ball: how America will conquer its fear and hatred of gays in the '90s*. New York: Doubleday, 1989.

KITE, M.E. & WHITLEY, B.E. Do Heterosexual Women and Men Differ in Their Attitudes Toward Homosexuality? In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 39-61.

KITZINGER, C. & PERKINS, R. *Changing our Minds: lesbian feminism and psychology*. New York: New York University Press, 1993.

KNOPP, L. Gentrification and Gay Neighborhood Formation in New Orleans. In: **GLUCKMAN, A. & REED, B.** (eds.) *Homo Economics: capitalism, community, and lesbian and gay life*. London: Routledge, 1997. p. 45-63.

KOBLIN, B.A.; CHESNEY, M.A.; HUSNIK, M.J.; BOZEMAN, S. e cols. High-Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in 6 US Cities: Baseline Data From the EXPLORE Study. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 6, 2003. p. 926-932.

KOENIG, H.G.; McCULLOUGH, M.E. & LARSON, D.B. *Handbook of Religion and Mental Health*. New York: Oxford University Press, 2001.

KOMINARS, S.B. Homophobia: the heart of the darkness. In: **KUS, R.J.** (ed.). *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. 29-39.

KOSCIW, J.G. & DIAZ, E.M. *The 2005 National School Climate Survey: the experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York: GLSEN, 2006.

KOWSZUN, G. & MALLEY, M. Alcohol and Substance Misuse. In: **DAVIES, D. & NEAL, C.** *Pink Therapy – a guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 170-187.

KRESTAN, J.A. & BEPKO, C.S. The Problem of Fusion in the Lesbian Relationship. *Family Process*, v. 19, 1980. p. 277-289.

KURDEK, L.A. Relationship quality of gay and lesbian cohabiting couples. *Journal of Homosexuality*, v. 15, 1988. p. 93-118.

———. Lesbian and Gay Couples. In: **D'AUGELLI, A.R. & PATTERSON, C.J.** (eds.). *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities Over the Lifespan: psychological perspectives*. New York: Oxford University Press, 1995. p. 243-261.

KURDEK, L.A. & SCHMITT, J.P. Relationship quality of partners in heterosexual married, heterosexual cohabiting, and gay and lesbian relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 51, 1986. p. 711-720.

KUS, R.J. Alcoholics Anonymous and Gay American Men. *Journal of Homosexuality*, v. 14, n. ½, 1987. p. 253-276.

———. Alcoholism and non-acceptance of gay self: the critical link. *Journal of Homosexuality*, v. 15, n. 1-2, 1988. p. 25-41.

———. Coming Out: its nature, stages, and health concerns. In: **KUS, R.J.** (ed.). *Keys to Caring: assisting your gay and lesbian clients*. Boston: Alyson, 1990. p. 30-44.

KUS, R.J. & LATCOVICH, M.A. Special Interest Groups in Alcoholics Anonymous: a focus on gay men's groups. In: **KUS, R. J.** (ed.). *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. 67-82.

KUS, R.J. & PROCHÁZKA, I. *Alcoholism in gay Czechoslovak men: an incidence study*. Paper presented at the 36th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Stockholm, Sweden, 1991.

KUS, R.J. & SMITH, G.B. Referrals and Resources for Chemically Dependent Gay and Lesbian Clients. In: **KUS, R.J.** (ed.). *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. 91-107.

KUSHNER, T. Homosexual Liberation: a socialism of the skin. In: **GLUCKMAN, A. & REED, B.** (eds.) *Homo Economics: capitalism, community, and lesbian and gay life*. London: Routledge, 1997. p. 185-192.

LACERDA, M.; PEREIRA, C. & CAMINO, L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, 2002. p. 1-24.

LACKNER, J.B.; JOSEPH, J.G.; OSTROW, D.G.; KESSLER, R.C.; ESHLEMAN, S.; WORTMAN, C.B. e cols. A longitudinal study of psychological distress in a cohort of gay men: effects of social support and coping strategies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 181, 1993. p. 4-12.

LAIRD, J. & GREEN, R-J. Introduction. **LAIRD, J. & GREEN, R-J.** (eds.). *Lesbians and Gays in Couples and Families*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996. p.1-12.

LAKKIS, J.; RICCIARDELLI, L.A. & WILLIAMS, R.J. Role of sexual and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, v. 41, n. 1-2, 1999. p. 1-16.

LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992/2001.

LARSON, D.B. & MILANO, M.G. Making the case for spiritual interventions in clinical practice. *Mind / Body Medicine*, v. 2, 1997. p. 20-30.

LASALA, M.C. Coupled Gay Men, Parents, and In-Laws: Intergenerational Disapproval and the Need for a Thick Skin. *Families in Society*, v. 79, n. 6, 1998. p. 585-595.

———. Lesbians, Gay Men, and their Parents: family therapy for the coming-out crisis. *Family Process*, v. 39, 2000. p. 67-81.

LEASE, S.H.; COGDAL, P.A. & SMITH, D. Counseling expectancies related to counselor's sexual orientation and clients' internalized homophobia. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, v. 2, n. 3, 1995. p. 51-65.

LEASE, S.H.; HORNE, S.G. & NOFFSINGER-FRAZIER, N. Affirming faith experiences and psychological health for Caucasian lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology*, v. 52, n. 3, 2005. p. 378-388.

LEASE, S.H. & SHULMAN, J.L. A preliminary investigation of the role of religion for family members of gay, lesbian, or bisexual male and female individuals. *Counseling and Values*, v. 47, 2003. p. 195-209.

LEHMAN, M. *At The End Of The Rainbow: a report on gay male domestic violence and abuse*. No Prelo, 1997.

LELAND, J. Silence Ending About Abuse in Gay Relationships. *The New York Times*, November 6, 2000. p.1-4.

LETELLIER, P. Gay and Bisexual Male Domestic Violence Victimization: challenges to feminist theory and responses to violence. *Violence and Victim*, v. 9, 1994, 95-106.

———. Twin Epidemics: domestic violence and HIV infection among gay and bisexual men. In: **RENZETTI, C.M. & MILEY, C.H.** (eds.) *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 69-81.

LEV, A.I. *The Complete Lesbian and Gay Parenting Guide*. New York: The Berkley Publishing Group, 2004.

LEVANT, R.F. Toward the Reconstruction of Masculinity. In: **LEVANT, R.F. & POLLACK, W.S.** (eds.). *A New Psychology of Men*. New York: HarperCollins, 1995. p. 229-251.

LEVAY, S. *Queer Science: the use and abuse of research in homosexuality*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology Press, 1996.

LEVAY, S. & NONAS, E. *City of Friends: a portrait of the gay and lesbian community in America*. Massachusetts: MIT Press, 1995.

LEVENSON, R.W.; SHER, K.J.; GROSSMAN, L.M.; NEWMAN, J. & NEWLIN, D.B. Alcohol and Stress Response Dampening: pharmacological effects, expectancy, and tension reduction. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 89, 1980. p. 528-538.

LEVIN, J.S.; MARKIDES, K.S. & RAY, L.A. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generations data. *The Gerontologist*, v. 36, 1996. p. 454-463.

LOHRENZ, L.; CONNELLY, J.; COYNE, L. & SPARE, K. Alcohol problems in several Midwestern homosexual communities. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 39, 1978. p. 1959-1963.

LOPES, M.A. de S. “Homossexualidade é pecado”: sentidos religiosos no debate/embate da parceria civil. In: **LOPES, D.; BENTO, B.; ABOUD, S. & GARCIA, W.** *Imagem & Diversidade Sexual – Estudos da Homocultura*. São Paulo: Nojosa Edições, 2004. p. 373-379.

LUHTANEN, R. & CROCKER, J. A collective self-esteem scale: self evaluation of one’s social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 18, 1992. p. 302-318.

LUKENBILL, G. *Untold Millions: secret truths about marketing to gay and lesbian consumers*. New York: Harrington Park Press, 1999.

LUNDY, S. Abuse That Dare Not Speak Its Name: assisting victims of lesbian and gay domestic violence in Massachusetts. *New England Law Review*, v. 28, n. 2, 1993.

LYNCH, B. Religious and Spirituality Conflicts. In: **DAVIES, D. & NEAL, C.** (eds.) *Pink Therapy – a guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 199-207.

MACHADO, M. das D.C. Conversão religiosa e a opção pela heterossexualidade em tempos de AIDS. *Cadernos Pagu*, v. 11, 1998. p. 275-301.

MACKEY, R.A.; O’BRIEN, B.A. & MACKEY, E.F. *Gay and Lesbian Couples: voices from lasting relationships*. Connecticut: Praeger, 1997.

MAHAFFY, K.A. Cognitive dissonance and its resolution: a study of lesbian Christians. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 35, 1996. p. 392-402.

MALYON, A.K. Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, v. 7, 1982. p. 59-69.

MANSERGH, G.; MARKS, G.; MILLER, L.A.; APPLEBY, P.R.A. & MURPHY, S.A. Is “knowing people with HIV/AIDS” associated with safer sex in men who have sex with men? *AIDS*, v. 14, n. 12, 2000. p. 1845-1851.

MANSERGH, G.A.; MARKS, G.A.; COLFAX, G.N.B.; GUZMAN, R.B.; RADER, M.A. & BUCHBINDER, S.B. “Barebacking” in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*, v. 16, n. 4, 2002. p. 653-659.

MARCUS, E. *The Male Couple’s Guide to Living Together: what gay men should know about living together and coping in a straight world*. New York: HarperCollins, 1988.

MARGOLIES, L.; BECKER, M. & JACKSON-BREWER, K. Internalized Homophobia: identifying and treating the oppressor within. In: **BOSTON LESBIAN PSYCHOLOGIES COLLECTIVE** (eds.) *Lesbian Psychologies – Explorations and Challenges*. Chicago: University of Illinois Press, 1987. p. 229-241.

MARINHO, A. Uma Nova Doença Atinge Gays. *Revista O Globo*, ano 1, n. 13, 24 de outubro de 2004. p. 52-53.

MARRUJO, B. & KREGER, M. Definition of Roles in Abusive Lesbian Relationships. In: **RENZETTI, C.M. & MILEY, C.H.** (eds.) *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 23-33.

MARTELL, C.R.; SAFREN, S.A. & PRINCE, S.E. *Cognitive-Behavioral Therapies with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. New York: The Guilford Press, 2004.

MARTIN, A. The Emperor's New Clothes: modern attempts to change sexual orientation. In: **STEIN, T. & HETRICK, E.** (eds.). *Innovations in Psychotherapy with Homosexuals*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1984. p. 24-57.

MARTIN, J.L. & DEAN, L.L. *Ego-Dystonic Homosexuality Scale*. School of Public Health, Columbia University, 1987.

MARTINS, M.C. *High-Risk Sexual behavior: the rising of the "bareback" subculture in Brazil*. Paper presented at the 8th World STI/AIDS Congress, Punta del Este, Uruguay, December 2-5, 2003.

MARX, D.M.; BROWN, J.L. & STEELE, C.M. (1999). Allport's Legacy and the Situational Press of Stereotypes. *Journal of Social Issues*, v. 55, n. 3, p. 491-502.

MASTERS, W. & JOHNSON, V. *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little Brown, 1979.

MASUR, J. *O Que É Toxicomania?* São Paulo: Brasiliense, 1985.

MATTHAEI, J. The Sexual Division of Labor, Sexuality, and Lesbian/Gay Liberation. In: **GLUCKMAN, A. & REED, B.** (eds.) *Homo Economics: capitalism, community, and lesbian and gay life*. London: Routledge, 1997. p. 135-164.

MAYA, A. Homossexualidade: o discurso médico e a exclusão do sujeito. *Universidade e Sociedade*, ano XII, n. 29, 2003. p. 74-79.

MAYERSON, P. & LIEF, H. Psychotherapy of Homosexuals: a follow-up study. In: **MARMOR, J.** (ed.). *Sexual Inversion: the multiple roots of sexuality*. New York: Basic Books, 1965. p. 1-12.

MAYFIELD, W. The development of an internalized homonegativity inventory for gay men. *Journal of Homosexuality*, v. 41, n. 2, 2001. p. 53-76.

MAYS, V.M. & COCHRAN, S.D. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 11, 2001. p. 1869-1876.

MAZURE, C.M. (ed.). *Does stress cause psychiatric illness?* (v. 46). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1995.

MAZZARO, M. Entre Dois Mundos: Entrevista com Roberto Da Matta. *Sui Generis*, ano 5, n. 45, 1999. p. 25-27.

McCONAGHY, N. Behavioral Interventions in Homosexuality. *Journal of Homosexuality*, v. 2, 1977. p. 221-227.

McCONAGHY, N.; PROCTOR, D. & BARR, R. Subjective and penile plethysmography response to aversion therapy for homosexuality: a partial replication. *Archives of Sexual Behavior*, v. 2, 1972. p. 65-78.

McDANIEL, J.S.; PURCELL, D. & D'AUGELLI, A.R. The relationship between sexual orientation and risk for suicide: research findings and future

directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 31, 2001. p. 84-105.

McDERMOTT, D.; TYNDALL, L. & LICHTENBERG, J.W. Factors related to counselor preference among gays and lesbians. *Journal of Counseling and Development*, v. 68, 1989. p. 31-35.

McDONALD, G.J. Individual differences in the coming out process for gay men: implication for theoretical models. *Journal of Homosexuality*, v. 8, n. 1, 1982. p. 47-60.

McGOLDRICK, M. A União das Famílias Através do Casamento: o novo casal. In: **CARTER, B. & McGOLDRICK, M.** (eds.). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989/1995a. p. 184-205.

———. As Mulheres e o Ciclo de Vida Familiar. In: **CARTER, B. & McGOLDRICK, M.** (eds.). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989/1995b. p. 30-64.

McGREGOR, B.A.; CARVER, C.S.; ANTONI, M.H.; WEISS, S.; YOUNT, S.E. & IRONSON, G. Distress and internalized homophobia among lesbian women treated for early stage breast cancer. *Psychology of Women Quarterly*, v. 25, 2001. p. 1-9.

McGUIRE, W.J.; McGUIRE, C.V.; CHILD, P. & FUJIOKA, T. Salience of ethnicity in the spontaneous self-concept as a function of one's ethnic distinctiveness in the social environment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1978. p. 511-520.

McGUIRE, W.J.; McGUIRE, C.V. & WINTON, W. Effects of household sex composition on the salience of one's gender in the spontaneous self-concept. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15, 1979. p. 77-90.

McINTOSH, M. The Homosexual Role. In: **PLUMMER, K.** (ed.) *The Making of the Modern Homosexual*. London: Hutchinson, 1981. p. 33.

McKIRNAN, D.J. & PETERSON, P.L. Stress, Expectancies, and Vulnerability to Substance Abuse: a test of a model among homosexual males. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 97, 1988. p. 461-466.

———. Alcohol and drug use among homosexual men and women: epidemiology and population characteristics. *Addictive Behavior*, 14, 1989. p. 545-553.

McKIRNAN, D.J.; OSTROW, D.G. & HOPE, B. Sex, drugs, and escape: a psychological model of HIV-risky sexual behaviors. *AIDS Care*, v. 8, n. 6, 1996. p. 655-669.

McLEOD, A. & CRAWFORD, I. The Postmodern Family. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 211- 222.

McNALLY, E.B. *Lesbian recovering alcoholics in alcoholics anonymous: a qualitative study of identity transformation*. Unpublished Doctoral Dissertation, New York University, New York., 1989.

McNALLY, E.B. & FINNEGAN, D.G. Lesbian Recovering alcoholics: a qualitative study of identity transformation – a report on research and applications for treatment. In: **WEINSTEIN, D.L.** (ed.). *Lesbians and Gay Men: chemical dependency treatment issues*. New York: The Haworth Press, 1992. p. 93-103.

McWHIRTER, D. & MATTISON, A. *The Male Couple*. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

McWILLIAMS, N. Therapy Across the Sexual Orientation Boundary: reflections of a heterosexual female analyst on working with lesbian, gay and bisexual patients. *Gender & Psychoanalysis*, v. 1, n. 2, 1996. p. 203-221.

MELTON, J.G. *The Church Speaks On: Homosexuality*. Michigan: Gale Research, 1991.

MERRILL, G.S. Ruling the Exceptions: same-sex battering and domestic violence theory. In: **RENZETTI, C.M. & MILEY, C.H.** (eds.) *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 9-21.

MERRILL, G.S. & WOLFE, V.A. Battered Gay Men: an exploration of abuse, help seeking, and why they stay. *Journal of Homosexuality*, v. 39, n. 2, 2000, 1-30.

MESEDER, C.A. O impacto da AIDS, a afirmação da “cultura gay” e a emergência do debate em torno do “masculino” – fim da homossexualidade? In: **RÍOS, L.F.; ALMEIDA, V.; PARKER, R.; PIMENTA, C. & TERTO JR. V.** (orgs.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 200. p. 52-62.

MEYER, C.; BLISSETT, J. & OLDFIELD, C. Sexual Orientation and Eating Psychopathology: the role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, v. 29, n. 3, 2001. p. 314-318.

MEYER, J. Guess Who’s Coming to Dinner This Time? A Study of Gay Intimate Relationships and the Support for Those Relationships. *Marriage and Family Review*, v. 14, 1989. p. 59-82.

MEYER, I.H. *Prejudice and Pride: minority stress and mental health in gay men*. Ph.D. Dissertation, Division of Sociomedical Sciences, School of public Health, Columbia University, New York, NY, 1993.

———. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, 1995. p. 38-56.

MEYER, I.H. & DEAN, L. Internalized Homophobia, Intimacy, and Sexual Behavior Among Gay and Bisexual Men. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 160-186.

MILLER, W.M. & THORESEN, C.E. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American Psychologist*, v. 58, 2003. p. 24-35.

MILLS, K.M. *Mission Impossible: why reparative therapy and ex-gay ministries fail*. Human Rights Campaign, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativa de homens que fazem sexo com homens (HSH) do Programa Nacional de DST e AIDS.* Comunicação pessoal, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/MS, 15 de agosto de 2005.

MINNERGERODE, F.A. Attitudes Toward Homosexuality: feminist attitudes and social conservatism. *Sex Roles*, v. 1, 1976. p. 160-165.

MIRANDA, J. & STORMS, M. Psychological adjustment of lesbians and gay men. Special Issue: Gay, lesbian, and bisexual issues in counseling. *Journal of Counseling and Development*, v. 68, 1989. p. 41-45.

MIRANDÉ, A. *Hombres y Machos: masculinity and latino culture.* Colorado: Westview Press, 1997.

MISSE, M. *O Estigma do Passivo Sexual.* Rio de Janeiro: Achiamé, 1979.

MOBERLY, E.R. *Homosexuality: a new Christian ethic.* South Carolina: The Attic Press, 1983.

MOBIUS, M.M. & ROSENBLAT, T.S. (2006). Why Beauty Matters. *The American Economic Review*, v. 96, n. 1, p. 222-235.

MONROE, R.R. & ENELOW, M.L. The therapeutic motivation of male homosexuality. *American Psychologist*, v. 32, 1960. p. 629-637.

MOOR, P. The View from Irving Bieber's Couch: "heads I win, tails you lose". In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives.* New York: The Haworth Medical Press, 2001. p. 25-36.

MOORE, S.M.; KENNEDY, G.; FURLONGER, B. & EVERS, K. Sex, Sex-Roles, and Romantic Attitudes: finding the balance. *Current Research in Social Psychology*. v. 4, n. 3, 1999. p. 1-9.

MORALES, E.S. & GRAVES, M.A. *Substance Abuse: patterns and barriers to treatment for gay men and lesbians in San Francisco.* San Francisco; San Francisco Prevention Resources Center, 1983.

MORDCIN, M.J. & WYERS, N.L. Lesbian and Gay Couples: where they turn when help is needed. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, v. 1, 1990, 89-104.

MOREIRA, M.T. *Boa-Noite-Cinderela.* Rio de Janeiro: Editora Zit, 2006.

MORGAN, P.; McDONNELL, D.; BECK, J.; JOE, K. & GUTIERREZ, R. Ice and methamphetamine use: preliminary findings from three sites. IN: **SOWDER, B. & BESCHNER, G.** (eds.) *Methamphetamine: an illicit drug with high abuse potential.* Maryland: Head and Company, 1993.

MORIN, S.F. Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. *American Psychology*, v. 32, 1977. p. 629-637.

MORIN, S.F. & GARFINKLE, E.M. Male homophobia. *Journal of Social Issues*, v. 34, 1978. p. 29-47.

MORITZ, M. Reframing Gay and Lesbian Media Images: fundamental problems. In: **LESTER, P.M.** (ed.) *Images That Injure: pictorial stereotypes in the media.* Connecticut: Praeger, 1996. p. 143-148.

MORRISON, A.P. *The Culture of Shame.* London: Jason Aronson, 1998.

MORRISON, M.A.; MORRISON, T.G. & SAGER, C-L. Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women? A meta-analytic review. *Body Image*, v. 1, n. 2, 2004. p. 127-138.

MOSBACHER, D. Alcohol and other drug use in female medical students: a comparison of lesbians and heterosexuals. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, v. 2, n. 1, 1993. p. 37-48.

MOSTADE, S.J. *Components of Internalized Homophobia, Self-Disclosure of Sexual Orientation to Physician, and Durable Power of Attorney for Health Care Completion in Older Gay Men.* Dissertation, Graduate School of Education, Kent State University, 2004.

MOTT, L. Os Homossexuais: as vítimas principais da violência. In: **VELHO, G. & ALVITO, M.** (orgs.). *Cidadania e Violência.* Rio de Janeiro: UFRJ/Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1996. p. 99-146.

———. *Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil.* Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2000a.

———. Violência antigay tem cura. *Sui Generis Online*, 1 out. 2000b.

———. Em Defesa do Homossexual. *CEPCoS Online*, ano III, n. 156, 20 out. 2000c.

———. *Violência Doméstica entre Casais Homossexuais.* Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2002.

———. *Homossexualidade: mitos e verdades.* Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2003.

———. *Barebacking.* Comunicação pessoal, 30 de junho de 2005.

MOTT, L. & CERQUEIRA, M. *Causa Mortis: Homofobia. Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil 2000.* Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2001.

MOTT, L.; CERQUEIRA, M. & ALMEIDA, C. *O Crime Anti-Homossexual no Brasil.* Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2002.

MOTT, L. & YONARA, Z. *Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil 1998.* Salvador: Grupo Gay da Bahia, 1999.

MULRY, G.; KALICHMAN, S.C. & KELLY, J.A. Substance use and unsafe sex among gay men: global versus situational use of substances. *Journal of Sex Education and Therapy*, v. 20, 1994. p. 175-184.

MURNEN, S.K. & SMOLAK, L. Femininity, Masculinity, and Disorder Eating: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, v. 22, 1997. p. 231-242.

MURPHY, T.F. Redirecting Sexual Orientation: techniques and justifications. *Journal of Sex Research*, v. 29, 1992. p. 501-523.

———. *Gays Science: the ethics of sexual orientation research.* New York: Columbia University Press, 1997.

MYERS, D.G. Preconceito: o ódio ao próximo. In: *Psicologia Social.* Rio de Janeiro: LTC, 2000. p. 181-206.

NADAUD, S. *Homoparentalidade - Une nouvelle chance pour la famille?* Paris: Fayard, 2002.

NEAL, C. & DAVIES, D. Introduction. In: **DAVIES, D. & NEAL, C.** (eds.) *Pink Therapy – a guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients.* Buckingham: Open University Press, 1996. p. 1-7.

NEISEN, J.A. Healing from cultural victimization: recovery from shame due to heterosexism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, v. 2, n. 1, 1993. p. 49-63.

NEUBERG, S.L. ; SMITH, D.M.; HOFFMAN, J.C. & RUSSELL, F.J. When we observe stigmatized and “normal” individuals interacting: stigma by association. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 20, 1994. p. 196-209.

NEWTON, D.E. Homosexual behaviour and child molestation: a review of the evidence. *Adolescence*, v. 13, 1978. p. 29-43.

NICELY, E. *Internalized Homophobia, Stages and Processes of Change and Alcohol Use Among Gay Men.* Dissertation, The California School of Professional Psychology, 2001.

NICHOLAS, J. & HOWARD, J. Better dead than gay? *Youth Studies Australia*, v. 17, n. 4, 1998. p. 28-40.

NICHOLSON, W.D. & LONG, B.C. Self-esteem, social support, internalized homophobia, and coping strategies of HIV+ gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 58, 1990. p. 873-876.

NICOLACI-DA-COSTA, A.M. A Análise de Discurso em Questão. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 10, n. 2, maio/ago., 1994. p. 317-331.

NICOLOSI, J. *Reparative Therapy of Male Homosexuality – A New Clinical Approach.* New Jersey: Jason Aronson Inc., 1997.

NICOLOSI, J.; BYRD, A.D. & POTTS, R.W. Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: a consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, v. 86, 2000. p. 1071-1088.

NUNAN, A. *A Questão da Identidade Homossexual e sua Influência nos Padrões de Consumo.* Dissertação de Mestrado. PUC-RIO, Departamento de Psicologia, Rio de Janeiro, 2001.

———. *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo.* Rio de Janeiro: Editora Caravansarai, 2003.

———. Violência Doméstica entre Casais Homossexuais: o segundo armário? *PSICO*, v. 35, n. 1, 2004. p. 69-78.

NUNAN, A. & JABLONSKI, B. Homossexualidade e Preconceito: aspectos da subcultura homossexual no Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 54, n.1, 2002. p. 21-32.

NUNGESSER, L.G. *Homosexual Acts, Actors, and Identities.* New York: Praeger, 1983.

NYBERG, K.L. & ALSTON, J.P. Analysis of public attitudes toward homosexual behavior. *Journal of Homosexuality*, v. 2, 1977. p. 109-118.

ODETS, W. *In the shadow of the epidemic: being HIV-negative in the age of AIDS.* North Carolina: Duke University Press, 1995.

- OLSON, D.H.; RUSSELL, C. & SPRENKLE, D.** Circumplex model of marital and family systems: VI theoretical update. *Family Process*, v. 22, 1983. p. 69-83.
- OLSON, E.D.** Gay Teens and Substance Use Disorders: assessment and treatment. In: **GUSS, J.R. & DRESCHER, J.** (eds.). *Addictions in the Gay and Lesbian Community*. New York: Haworth Medical Press, 2000. p. 69-80.
- O'NEILL, C. & RITTER, K.** *Coming Out Within: stages of spiritual awakening for lesbians and gay men*. San Francisco: Harper & Row, 1992.
- OSSANA, S.M.** Relationship and Couples Counseling. In: **PEREZ, R.M.; DEBORD, K.A.; BIESCHKE, K.J.** (eds.). *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2000. p. 275-302.
- OSTROW, D.G.** The role of drugs in the sexual lives of MSM: continuing barriers to researching this question. *AIDS and Behavior*, v. 4, 2000. p. 205-219.
- OSTROW, D.G. & McKIRNAN, D.J.** Prevention of substance-related high-risk sexual behavior among gay men: critical review of the literature and proposed harm reduction approach. *Journal of the Gay & Lesbian Medical Association*, v. 1, 1997. p. 97-110.
- OSTROW, D.G. & SHELBY, R.D.** Psychoanalytic and Behavioral Approaches to Drug-Related Sexual Risk Taking: a preliminary conceptual and clinical integration. In: **GUSS, J.R. & DRESCHER, J.** (eds.). *Addictions in the Gay and Lesbian Community*. New York: Haworth Medical Press, 2000. p. 123-139.
- OSWALD, R.F.** A member of the wedding? Heterosexism and family ritual. *Journal of Social and Personal Relationships*, v. 17, n. 3, 2000. p. 349-368.
- OTIS, M.D. & SKINNER, W.F.** The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people. *Journal of Homosexuality*, v. 30, n. 3, 1996. p. 93-121.
- OVESEY, L.** *Homosexuality and Pseudohomosexuality*. New York: Science House, 1969.
- PARKER, M.** *Unsafe Sex in London's Backrooms*. Paper Presented at the BA Festival of Science: Challenging Medical Wisdom: anthropology and health care in the 21st century, 2003.
- PARKER, R.** *Corpos, Prazeres e Paixões: cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1992.
- . *Beneath the Equator: cultures of desire, male homosexuality and emerging gay communities in Brazil*. New York: Routledge, 1999.
- PATTERSON, C.J.** Sexual orientation and human development: an overview. *Developmental Psychology*, v. 31, 1995. p. 3-11.
- PATTERSON, D.G. & SCHWARTZ, P.** The social construction of conflict in intimate same-sex couples. In: **CAHN, D.D.** (ed.). *Conflict in Personal Relationships*. New Jersey: Erlbaum, 1994. p. 3-26.
- PATTISON, E.M. & PATTISON, M.L.** Ex-Gays: religiously mediated change in homosexuals. *American Journal of Psychiatry*, v. 137, 1980. p. 358-362.

PAUL, A.M. The Truth About Stereotypes. *Psychology Today*, v. 31, n. 3, May/June, 1998. p. 52-55; 82.

PAUL, J.P.; CATANIA, J.; POLLACK, L.; MOSKOWITZ, J.; CANCHOLA, J.; MILLS, T.; BINSON, D. & STALL, R. Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health*, v. 92, n. 8, 2002. p. 1338-1345.

PAUL, J.P.; HAYS, R.B. & COATES, T.J. The impact of the HIV epidemic on U.S. gay male communities. In: **D'AUGELLI, A.R. & PATTERSON, C.J.** (eds.). *Lesbian, gay, and Bisexual Identities Over the Lifespan: psychological perspectives*. New York: Oxford University Press, 1995. p. 347-397.

PAUL, J.; STALL, R. & BLOOMFIELD, K. Gay and Alcoholic: epidemiologic and clinical issues. *Alcohol Health & Research World*, v. 5, 1991. p. 151-160.

PAYNE, I.R.; BERGIN, A.E.; BIELEMA, K.A. & JENKINS, P.H. Review of Religion and Mental Health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, v. 9, 1991. p. 11-40.

PEARLIN, L.I. The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 30, 1989. p. 241-256.

PECHENY, M. Identidades discretas. In: **RÍOS, L.F.; ALMEIDA, V.; PARKER, R.; PIMENTA, C. & TERTO JR. V.** (orgs.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 200. p. 16-33.

PEPLAU, L.A. Lesbian and Gay Relationships. In: **GONSIORREK, J.C. & WEINRICH, J.D.** (eds.). *Homosexuality: research implications for public policy*. California: Sage, 1991. p. 177-196.

PEPLAU, L.A. & COCHRAN, S. Value orientations in the intimate relationships of gay men. *Journal of Homosexuality*, v. 6, 1981. p. 1-19.

PEPLAU, L.A. & GORDON, S.L. The Intimate Relationships of Lesbians and Gay Men. In: **EDWARDS, J.N. & DEMO, D.H.** *Marriage and Family in Transition*. [S. L.]: Allyn and Bacon, 1991. p. 479-495.

PEREIRA, M.E. *Psicologia Social dos Estereótipos*. São Paulo: E. P. U., 2002.

PEREIRA, H. & LEAL, I. A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Análise Psicológica*, v. 1, n. XX, 2002. p. 107-113.

PETERSON, T.L. & GERRITY, D.A. Internalized homophobia, lesbian identity development, and self-esteem in undergraduate women. *Journal of Homosexuality*, v. 50, n. 4, 2006. p. 49-75.

PHARR, S. *Homophobia: a weapon of sexism*. Little Rock: Chardon, 1988.

PHILPOTT, K. *The Third Sex? Six Homosexuals Tell Their Stories*. London: Good Reading, 1975.

PIEMONTE, M. & FREITAS, R.F. O que será que me dá. *Revista da Folha de São Paulo*, edição de 24 de setembro de 2006, ano 15, n. 737, p. 10-17.

PILLARD, R.C. Homosexuality from a familial and genetic perspective. In: **CABAJ, R.P. & STEIN, T.S.** (eds.). *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. p. 350-359.

PINHEIRO, D. Pai, Eu sou Gay. *Revista Veja*, 16 fev. 2000. p. 104-111.

PLATÃO. *O Banquete*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril, 360 a.C./1972. p. 7-59.

PLICHTA, S.B. & WEISMAN, C.S. Spouse or Partner Abuse, Use of Health Services and Unmet Need for Medical Care in US Women. *Journal of Women's Health*, v. 4, 1995, 45-54.

PLUMMER, D. Policing Manhood: new theories about the social significance of homophobia. In: **WOOD, C.** (ed.). *Sexual Positions*. Melbourne: Hill of Content, 2001. p. 60-75.

PLUMMER, K. *Sexual Stigma: an interactionist account*. London: Routledge and Kegan Paul, 1975.

POHL, M.I. Chemical Dependency and HIV Infection. In: **KUS, R.J.** (ed.). *Addiction and Recovery in Gay and Lesbian Persons*. New York: Harrington Park Press, 1995. p. 15-28.

POLIMENI, A-M.; HARDIE, E. & BUZWELL, S. Homophobia Among Australian Heterosexuals: the role of sex, gender role ideology, and gender role traits. *Current Research in Social Psychology*, v. 5, n. 4, 2000. p. 1-12.

POLLAK, M. A Homossexualidade Masculina, ou: a felicidade do gueto? In: **ARIES, P. & BEJIN, A.** (orgs.) *Sexualidades Ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 54-76.

POWELL, L.H.; SHAHABI, L. & THORESEN, C.E. Religion and Spirituality: linkages to physical health. *American Psychologist*, v. 58, 2003. p. 36-52.

PRYTULA, R.E.; WELLFORD, C.D. & DEMONBREUN, B.G. Body self-image and homosexuality. *Journal of Clinical Psychology*, v. 35, n. 3, 1979. p. 567-572.

QUINLEY, H.E. & GLOCK, C.Y. *Anti-Semitism in America*. New York: The Free Press, 1979.

RADO, S. *Psychoanalysis of Behavior II*. New York: Grune & Stratton, 1962.

———. *Adaptational Psychodynamics: motivation and control*. New York: Science House, 1969.

RANK, D. *Internalized Homophobia in Lesbians – A Factor Analytic Study*. Thesis, Master of Education, The University of Northern British Columbia, 2000.

RATNER, E. Model for the treatment of lesbian and gay alcohol abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, v. 5, n. 1/2, 1988. p. 25-46.

REECE, R. Causes and treatment of sexual desire discrepancies in male couples. In: **COLEMAN, E.** (ed.). *Psychotherapy with Homosexual Men and Women: integrated identity for clinical practice*. New York: The Haworth Press, 1988. p. 149-166.

REILLY, A. & RUDD, N.A. Is internalized homonegativity related to body image? *Family and Consumer Sciences Research Journal*, v. 35, n. 1, 2006. p. 58-73.

REMAFEDI, G. (ed.). *Death by Denial: studies of suicide in gay and lesbian teenagers*. Boston: Alyson Publications, 1994.

REMAFEDI, G.; FARROW, J.A. & DEISHER, R.W. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *American Academy of Pediatrics*, v. 87, n. 6, 1991. p. 869-875.

REMAFEDI, G.; FRENCH, S.; STORY, M.; RESNICK, M. & BLUM, R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, v. 88, 1998. p. 57-60.

RISTOCK, J. And Justice For All?... The Social Context of Legal Responses to Abuse in Lesbian Relationships. *Canadian Journal of Women and the Law*, v. 7, n. 2, 1994.

RITTER, K.Y. & O'NEILL, C.W. Moving Through Loss: the spiritual journey of gay men and lesbian women. *Journal of Counseling & Development*, v. 68, 1989. p. 9-15.

———. *Righteous Religion: unmasking the illusions of fundamentalism and authoritarian Catholicism*. New York: Haworth Pastoral Press, 1996.

RITTER, K.Y. & TERNDRUP, A.I. *Handbook of Affirmative Psychotherapy With Lesbians and Gay Men*. New York: Guilford Press, 2002.

RITTER, M. Study: some gays can go straight. *Associated Press*, 9 de maio de 2001.

ROBERTSON, A.E. The mental health experiences of gay men: a research study exploring gay men's health needs. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, v. 5, 1998. p. 33-40.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L. & JABLONSKI, B. Preconceito, Estereótipos e Discriminação. In: *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 149-178.

RODRIGUES, C.S. Homossexuais sofrem extorsões. *O Globo*, Rio de Janeiro, 9 set. 2000. p. 14.

RODRIGUEZ, E.M. & OUELLETTE, S.C. Gay and Lesbian Christians: homosexual and religious identity integration in the members and participants of a gay-positive church. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 39, 2000. p. 333-347.

ROFES, E.E. *Thought People Like That Killed Themselves: lesbians, gay men and suicide*. San Francisco: Grey Fox, 1983.

ROGERS, S.M. & TURNER, C.F. Male-male sexual contact in the USA: findings from five sample surveys, 1970-1990. *Journal of Sexual Research*, v. 28, 1991. p. 491-519.

ROSARIO, V.A. (ed.) *Science and Homosexualities*. New York: Routledge, 1997.

- ROSENBAUM, A., & MAIURO, R.D.** Perpetrators of Spouse Abuse. In: **AMMERMAN, R.T. & HERSEN, M.** (eds.) *Treatment of Family Violence: a sourcebook*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1990. p. 280-309.
- ROSENHAN, D.L.** On Being Sane in Insane Places. *Science*, v. 179, n. 1, 1973. p. 250-258.
- ROSS, C.E.** Religion and psychological distress. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 29, 1990. p. 236-245.
- ROSS, M.W.** Actual and anticipated societal reaction to homosexuality and adjustment in two cities. *Journal of Sex Research*, v, 21, 1985. p. 40-55.
- . The relationship between life events and mental health in homosexual men. *Journal of Clinical psychology*, v. 46, 1990. p. 402-411.
- ROSS, M.W. & MEDELSON, F.** Homosexuality in College. *AMA Archives of Neurological Psychiatry*, v. 80, 1958. p. 253-263.
- ROSS, M.W. & ROSSER, B.S.** Psychological issues in AIDS-related syndromes. *Patient Education and Counseling*, v. 11, 1988. p. 17-28.
- . Measurement and correlates of internalized homophobia: a factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, v. 52, n. 1, 1996. p. 15-21.
- ROSS, M.W.; ROSSER, B.R.S.; BAUER, G.R.; BOCKTING, W.O.; ROBINSON, B.E.; RUGG, D.L. & COLEMAN, E.** Drug use, unsafe sexual behavior, and internalized homonegativity in men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, v. 5, n. 1, 2001. p. 97-103.
- ROSTOSKY, S. & RIGGLE, E.** “Out” at work: the relation of actor and partner workplace policy and internalized homophobia to disclosure status. *Journal of Counseling Psychology*, v. 49, n. 4, 2002. p. 411-419.
- ROTH, S.** Psychotherapy with Lesbian Couples: individual issues, female socialization, and the social context. In: **McGOLDRICK, M.; ANDERSON, C.M.; WALSH, F.** (eds.). *Women in Families: a framework for family therapy*. New York: Norton, 1985. p. 286-307.
- ROTHERAM-BORUS, M.J. & FERNANDEZ, I.** Sexual orientation and developmental challenges experienced by gay and lesbian youths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 25, 1995. p. 26-33.
- ROWATT, W.C.; CUNNINGHAM, M.R. & DRUEN, P.B.** Lying to get a date: the effects of facial physical attractiveness on the willingness to deceive prospective dating partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, v. 16, n. 2, 1999. p. 209-233.
- ROWEN, C.J. & MALCOLM, J.P.** Correlates of internalized homophobia and homosexual identity formation in a sample of gay men. *Journal of Homosexuality*, v. 43, n. 2, 2002. p. 77-92.
- RUBIN, L.B.** *Intimate Strangers: men and women together*. New York: HarperCollins, 1983.
- RUCKER, M.; FREITAS, A. & HUIDOR, O.** Gift-Giving Among Gay Men: the reification of social relations. In: **WARDLOW, D.L.** (ed.) *Gays, Lesbians, and Consumer Behavior: Theory, Practice, and Research Issues in Marketing*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 43-56.

RUSSELL, C.J. & KEEL, P.K. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, v. 31, n. 3, 2002. p. 300-306.

RUSSELL, G.M. & BOHAN, J.S. The case of internalized homophobia. *Theory & Psychology*, v. 16, n. 3, 2006. p. 343-366.

RYAN, C.M.; HUGGINS, J. & BEATTY, R. Substance use disorders and the risk of HIV infection in gay men. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 60, n. 1, 1999. p. 70-77.

SABINO, C. Musculação: expansão e manutenção da masculinidade. In: **GOLDENBERG, M.** (org.) *Os Novos Desejos*. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 61-103.

SAGHIR, M. & ROBINS, E. *Male and Female Homosexuality*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1973.

SANFORD, T.G.M.; DE GRAAF, R.; BIJL, R.V. & SCHANABEL, P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 58, 2001. p. 85-91.

SANDMAIER, M. *The Invisible Alcoholics: women and alcohol abuse in America*. New York: McGraw-Hill, 1980.

SANTOS, C. *Parentalidade em famílias homossexuais com filhos: um estudo fenomenológico da vivência de gays e lésbicas*. Tese de Doutorado, FFCLRP/USP, 2005.

SANTOS, L.H.S. dos Educação e pesquisa de práticas sexuais de risco (*barebacking sex*). In: **RIOS, L.F.; ALMEIDA, V. de; PARKER, R.; PIMENTA, C. & TERTO JR., V.** *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004 p. 69-81.

SATINOVER, J. *Homosexuality and the Politics of Truth*. New York: Basic Books, 2001.

SCARCE, M. A Ride On the Wild Side. *POZ Magazine*, feb. 1999. p. 52-55; 70-71.

SCHAEFER, S.; EVANS, S. & COLEMAN, E. Sexual orientation concerns among chemically dependent individuals. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, v. 1, n. 1, 1987. p. 121-140.

SCHELLENBERG, E.G.; HIRT, J. & SEARS, A. Attitudes Toward Homosexuals Among Students at a Canadian University. *Sex Roles*, v. 40, n. 1-2, 1999. p. 139-152.

SCHILIT, R.; LIE, G.Y. & MONTAGNE, M. Substance use as a correlate of violence in intimate lesbian relationships. *Journal of Homosexuality*, v. 19, n. 3, 1990. p. 51-65.

SCHMIDT, G. Allies and Persecutors: science and medicine in the homosexual issue. *Journal of Homosexuality*, v. 10, 1984. p. 127-140.

SCHMIDT, G. & SCHORSCH, E. Psychosurgery of Sexually Deviant Patients: review and analysis of new empirical findings. *Archives of Sexual Behavior*, v. 10, 1981. p. 301-323.

- SCHNEIDER, J.A. & AGRAS, S.W.** Bulimia in Males: a matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, v. 6, 1987. p. 235-242.
- SCHNEIDER, J.A.; O'LEARY, A. & JENKINS, S.R.** Gender, Sexual Orientation, and Disordered Eating. *Psychology and Health*, v. 10, 1995. p. 113-128.
- SCHRAIBER, L.B. e cols.** Violência Contra a Mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista Saúde Pública*, v. 36, n. 4, 2002, 470-477.
- SCHROEDER, M. & SHIDLO, A.** Ethical Issues in Sexual Orientation Conversion Therapies: an empirical study of consumers. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** (eds.). *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001. p. 131-166.
- SCHUCK, K.D. & LIDDLE, B.J.** Religious conflicts experienced by lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, v. 5, n. 2, 2001. p. 63-82.
- SCHWARTZBERG, S.** *A Crisis of Meaning: how gay men are making sense of AIDS*. New York: Oxford University Press, 1996.
- SCOTT, D.W.** Anorexia Nervosa in the Male: a review of the clinical, epidemiological and biological findings. *International Journal of Eating Disorders*, v. 5, 1986. p. 799-819.
- SEAGE, G.R.; MAYER, K.H.; HORSBURGH, C.R.; HOLMGERG, S.D.; MOON, M.W. & LAMB, G.A.** The relation between nitrite inhalants, unprotected receptive anal intercourse, and the risk of human immuno-deficiency virus infection. *American Journal of Epidemiology*, v. 135, 1992. p. 1-11.
- SEDGWICK, E.K.** *Epistemology of the Closet*. Los Angeles: University of California Press, 1990.
- SHELP, E.E.; SUNDERLAND, R.H. & MANSELL, P.W.A.** *AIDS, personal stories in pastoral perspective*. New York: Pilgrim, 1986.
- SHERNOFF, M.** *Mental Health Issues of Gay Widowers*. No prelo, 1997.
- . Gay Widowers: grieving in relation to trauma and social supports. *Journal of the Gay & Lesbian Medical Association*, v. 2, n. 1, 1998, 27-34.
- . *Gay Widowers: life after the death of a partner*. S/I: Haworth Press, 1999.
- SHERNOFF, M. & FINNEGAN, D.** Family treatment with chemically dependent gay men and lesbians. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, v. 4, n. 1, 1991. p. 121-135.
- SHERROD, D. & NARDI, P.M.** Homophobia in the courtroom. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 24-38.
- SHIDLO, A.** *Homonegativity and Gay Enmeshment: an investigation of adjustment in gay males*. Paper presented at the 95th Annual Convention of the American Psychological Association, New York, August 1987.

———. Internalized Homophobia. Conceptual and empirical issues in measurement. In: **GREENE, B. & HEREK, G.M.** (eds.). *Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications*. California: Sage, 1994. p. 176-205.

SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J. What Needs Fixing? An Introduction. In: **SHIDLO, A.; SCHROEDER, M. & DRESCHER, J.** (eds.). *Sexual Conversion Therapy - Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: The Haworth Medical Press, 2001. p. 1-4.

SHIDLO, A. & SCHROEDER, M. *Conversion Therapy: a consumers report*. Presentation at the annual convention of the American Psychological Association, Massachusetts, august 1999.

SHIPMAN, B. & SMART, C. (2006). “It’s made a huge difference”: recognition, rights and the personal significance of civil partnership. *Sociological Research Online*, no prelo.

SIEGAL, R. & HOEFER, D. Bereavement Counseling for Gay Individuals. *American Journal of Psychotherapy*, v. 35, n. 4, 1981. p. 517-525.

SIEGEL, K. & KRAUSS, B.J. Living With HIV Infection: adaptive tasks of seropositive gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 32, 1991. p. 17-32.

SIEGELMAN, M. Parental background of male homosexuals and heterosexuals: a cross-national replication. *Archives of Sexual Behavior*, v. 10, 1981. p. 505-513.

SIEVER, M.D. Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 63, 1994. p. 252-260.

SIGALL, H. & OSTROVE, N. Beautiful but Dangerous: Effects of Offender Attractiveness and Nature of the Crime on Juridic Judgment. In: **ARONSON, E.** (ed.) *Readings About the Social Animal*. New York: W. H. Freeman and Company. p. 466-472.

SILBERSTEIN, L.R.; MISHKIND, M.E.; STRIEGEL-MOORE, R.H.; TIMKO, C. & RODIN, J. Men and Their Bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine*, v. 51, 1989. p. 337-346.

SILVA, C.G.M. da; GONÇALVES, D. de A.; PACCA, J.C.B. & HEARST, N. Jovens homens que fazem sexo com homens – comportamento sexual e antiretrovirais em São Paulo. In: **RIOS, L.F.; ALMEIDA, V. de; PARKER, R.; PIMENTA, C. & TERTO JR., V.** *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004 p. 84-94.

SILVERSTEIN, C. *Behavior Modification and the Gay Community*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. New York City, October, 1972.

———. History of Treatment. In: **CABAJ, R.P. & STEIN, T.S.** (eds.). *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. p. 3-11.

———. The religious conversion of homosexuals: subject selection is the *voir dire* of psychological research. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, v. 7, n. 3, 2003. p. 31-53.

SIMON, A. The Relationship Between Stereotypes of and Attitudes Toward Lesbians and Gays. In: **HEREK, G.M.** (ed.) *Stigma and Sexual Orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998. p. 62-81.

SIMON, G. Working with People in Relationships. In: **DAVIES, D. & NEAL, C.** (eds.). *Pink Therapy – a guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 101-115.

SIMPSON, M. *Male Impersonators*. London: Cassell, 1994.

SINTCHAK, G. & GEER, J.A. A vaginal plethysmograph system. *Psychophysiology*, v. 12, 1975. p. 113-115.

SKINNER, W.F. The prevalence and demographic predictors of illicit and licit drug use among lesbians and gay men. *American Journal of Public Health*, v. 84, 1994. p. 1307-1310.

SKINNER, W.F. & OTIS, M.D. Drug and alcohol use among lesbians and gay people in a southern U.S. sample: epidemiological, comparative, and methodological findings from the Trilogy Project. *Journal of Homosexuality*, v. 30, n. 3, 1996. p. 59-92.

SLATER, L. *Mente e Cérebro – dez experiências impressionantes sobre o comportamento humano*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

SLATER, S. *The Lesbian Family Life Cycle*. New York: Free Press, 1995.

SMALL, M.F. The Gay Debate: is homosexuality a matter of choice or chance? In: **BUNTING, S.J.** (ed.) *Annual Editions Human Sexuality 96/97*. [S. L.]: Brown & Benchmark Publishers, 1996. p. 76-79.

SMART, C. (2006). Happy Ever After. *New Humanist*, July/August 2006.

SMITH, J. Psychopathology, homosexuality, and homophobia. *Journal of Homosexuality*, v. 15, n. 1/2, 1988. p. 59-73.

SNOW, K. The Violence At Home. *The Advocate (L.A.)*, June 4, 1992, 60-63.

SOCARIDES, C. *The Overt Homosexual*. New York: Grune & Stratton, 1968.

———. Psychoanalytic Therapy of a Male Homosexual. *Psychoanalytic Quarterly*, v. 38, 1969. p. 173-190.

———. Homosexuality and Medicine. *Journal of the American Medical Association*, v. 212, 1970. p. 1199-1202.

———. Homosexuality – basic concepts and psychodynamics. *International Journal of Psychiatry*, v. 10, n. 121, 1972. p. 118-125.

———. Homosexuality. In: **SILVANO, A.** (ed.). *American Handbook of Psychiatry*, v. III. New York: Basic Books, 1974. p. 308.

———. *Beyond Sexual Freedom*. New York: Quadrangle Books, 1975.

———. *Homosexuality*. New York: Jason Aronson, 1978.

SOPHIE, J. Internalized homophobia and lesbian identity. *Journal of Homosexuality*, v. 14, 1987. p. 53-65.

———. Internalized Homophobia and Lesbian Identity. In: **COLEMAN, E.** (ed.) *Integrated Identity for Gay Men and Lesbians*. New York: Harrington Park Press, 1988.

SONTAG, S. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUZA, C.A.C. A homossexualidade ao longo dos tempos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 38, n. 6, nov./dez. 1989. p. 321-326.

SOUZA, E.R. de *Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Departamento de Antropologia, Universidade Estadual de Campinas, 2005.

SPENCER, C. *Homossexualidade: uma história*. Rio de Janeiro: Record, 1995/1999.

SPITZER, R. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, v. 32, n. 5, 2003. p. 403-417.

STALL, R.D.; BARRET, D. & BYE, L.A. A comparison of younger and older gay men's HIV risk-taking behaviors: The Community Technologies 1989 Cross-Sectional Survey. *AIDS*, v. 5. 1992. p. 682-687.

STALL, R.D.; McKUSICK, L.; WILEY, J.; COATES, T.J. & OSTROW, D.G. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: The AIDS behavioral research project. *Health Education Quarterly*, v. 13, 1986. p. 359-371.

STALL, R.D. & OSTROW, D.G. Intravenous drug use, the combination of drugs and sexual activity and HIV infection among gay and bisexual men: The San Francisco Men's Health Study. *Journal of Drug Issues*, v. 19, n. 1, 1989. p. 57-73.

STALL, R.D. & WILEY, J. A comparison of alcohol and drug patterns of homosexual and heterosexual men: the San Francisco men's health study. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 22, 1988. p. 63-73.

STALL, R.D.; PAUL, J.P.; BARRETT, D.C.; CROSBY, G.M. & BEIN, E. An outcome evaluation to measure changes in sexual risk-taking among men undergoing substance use disorder treatment. *Journal of Studies of Alcohol*, v. 60, n. 6, 1999. p. 837-845.

STAUB, E. *The Roots of Evil: the origins of genocide and other group violence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

STEELE, C.M. & JOSEPHS, R.A. Alcohol Myopia: its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, v. 45, 1990. p. 921-933.

STEKEL, W. Is homosexuality curable? *Psychology Review*, v. 17, 1930. p. 443-451.

STEIN, T.S. A Critique of Approaches to changing sexual orientation. In: **CABAJ, R.P. & STEIN, T.S.** (eds.). *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. p. 525-537.

STRAUS, M.A. & GELLES, R.J. *Physical Violence in American Families*. New Jersey: Transaction Publishers, 1990.

STROEBE, W.; INSKO, C.A.; THOMPSON, V.D. & LAYTON, B.D. Effects of physical attractiveness, attitude similarity, and sex on various aspects of interpersonal attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 18, 1971. p. 79-91.

STRONG, S.M.; WILLIAMSON, D.A.; NETEMEYER, R.G. & GEER, J.H. Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 19, n. 2, 2000a. p. 240-255.

STRONG, S.M.; SINGH, D. & RANDALL, P.K. Childhood Gender Nonconformity and Body Dissatisfaction in Gay and Heterosexual Men. *Sex Roles: a journal of sex research*, oct., 2000b. p. 1-12.

SUAREZ, T. & MILLER, J. Negotiating Risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men – where do we go from here? *Archives of Sexual Behavior*, v. 30, n. 3, 2001. p. 287- 300.

SUDMAN, S. & KALTON, G. New Developments in the Sampling of Special Populations. *Annual Review of Sociology*, v. 12, 1986. p. 401-429.

SULLIVAN, A. *Praticamente Normal: uma discussão sobre o homossexualismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SVENSSON, T.K. *Bioethical Analysis of Sexual Reorientation Interventions – The Ethics of Conversion Therapy*. Florida: Brown Walker Press, 2003.

SZYMANSKI, D.M.; CHUNG, Y.B. The lesbian internalized homophobia scale: a rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, v. 41, n. 2, 2001. p. 37-52.

———. Internalized Homophobia in Lesbians. *Journal of Lesbian Studies*, v. 7, n. 1, 2002. p. 115-125.

———. Feminist Attitudes and Coping Resources as Correlates of Lesbian Internalized Heterosexism. *Feminism & Psychology*, v. 13, n. 3, 2003. p. 369-389.

SZYMANSKI, D.M.; CHUNG, Y.B. & BALSAM, K.F. Psychosocial correlates of internalized homophobia in lesbians. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, v. 34, 2001. p. 27-38.

TAJFEL, H. (ed.) *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

TAJFEL, H. & TURNER, J. An integrative theory of intergroup conflict. In: **AUSTIN, W.G. & WORCHEL, S.** (eds.) *The Social Psychology of Intergroup Relations*. California: Brooks/Cole, 1979. p. 33-47.

TARNOVSKI, F. “*Pais assumidos*”: adoção e paternidade homossexual no Brasil contemporâneo. Florianópolis, Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

TERTO JR., V. Homossexuais Soropositivos e Soropositivos Homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: **PARKER, R. & BARBOSA, R.M.** (orgs.) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 90-104.

THE GALLUP POLL. (2006). *Americans at Odds with Gay Rights*. Washington, D.C.: Gallup Poll News Service.

THOMPSON, B.W. *A Hunger So Wide And Deep*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995.

THUMMA, S. Negotiating a religious identity: the case of the gay evangelical. *Sociological Analysis*, v. 52, 1991. p. p. 333-347.

TIX, A.P. & FRAZIER, P.A. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 66, 1998. p. 411-422.

TJADEN, P.; THOENNES, N. & ALLISON, C.J. Comparing Violence Over the Life Span in Samples of Same-Sex and Opposite-Sex Cohabitants. *Violence and Victim*, v.14, 1999, 413-425.

TORRES, M.A. Os discursos católicos sobre homossexualidade: ambigüidade ou resistências? In: **LOPES, D.; BENTO, B.; ABOUD, S. & GARCIA, W.** *Imagem & Diversidade Sexual – Estudos da Homocultura*. São Paulo: Nojosa Edições, 2004. p. 367-372.

TOZER, E.E. & HAYES, J.A. Why do individuals seek conversion therapy? The role of religiosity, internalized homonegativity, and identity development. *The Counseling Psychologist*, v. 32, n. 5, 2004. p. 716-740.

TOZER, E.E. & McCLANAHAN, M.K. Treating the Purple Menace: ethical considerations of conversion therapy and affirmative alternatives. *The Counseling Psychologist*, v. 27, 1999. p. 722-742.

TREVISAN, J.S. *Devassos no Paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

TROIDEN, R.R. Becoming homosexual: a model of gay identity acquisition. *Psychiatry*, v. 42, 1979. p. 362-373.

———. Self, self-concept, identity, and homosexual identity: constructs in need of definition and differentiation. *Journal of Homosexuality*, v. 10. n. 3/4, 1985. p. 97-109.

———. The Formation of Homosexual Identities. *Journal of Homosexuality*, v. 17, n. 1/2, 1989. p. 43-73.

TULLER, D. Gays fight image as sexual predators. *San Francisco Chronicle*, feb. 18, 1993. p. 1 and following.

TURATO, E.R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURNER, R.J. & LLOYD, D.A. The stress process and the social distribution of depression. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 40, 1999. p. 374-404.

UZIEL, A. *Família e homossexualidade: velhas questões, novos problemas*. Tese de Doutorado, Unicamp, 2002.

VAIL, J.P. & STAUDT, V.M. Attitudes of college students toward marriage and related problems: dating and marriage selection. *Journal of Psychology*, v. 30, 1950. p. 171-182.

VANABLE, P.A.; OSTROW, D.G.; McKIRNAN, D.J.; TAYWADITEP, K.J.; HOPE, B.A. Impact of Combination Therapies on HIV Risk Perceptions and Sexual Risk Among HIV-Positive and HIV-Negative Gay and Bisexual Men. *Health Psychology*, v. 19, n. 2, 2000. p. 134-145.

VAN DER AARDWEG, G. *The Battle for Normality*. San Francisco: Ignatius Press, 1986/1997.

VAN DE VEN, P.; PRESTAGE, G.; CRAWFORD, J.; GRULICH, A. & KIPPAX, S. Sexual risk behavior increases among HIV negative and HIV positive gay men in Sydney over the four year period prior to February 2000. *AIDS*, v. 14, 2000. p. 2951-2953.

VAN GELDER, L. The “born that way” trap. *Ms.*, may/june, 1991. p. 86-87.

VELLOSO, B. A Minoria Vai à Luta: Idéias e Opiniões Sobre Homossexualismo. *Revista Época*, n. 35, 18 jan. 1999.

VENTIS, W.L. The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, v. 51, 1995. p. 33-48.

VICKERS, L. The Second Closet: domestic violence in lesbian and gay relationships: a Western Australian perspective. *E Law – Murdoch University Electronic Journal of Law*, v. 3, n. 4, 1996, 1-24.

VINCKE, J. & BOLTON, R. Social support, depression, and self-acceptance among gay men. *Human Relations*, v. 47, n. 9, 1994. p. 1049-1057.

VOELKNER, R. HIV drug resistance. *JAMA*, v. 12, 2000. p. 169.

VON KRAFFT-EBING, R. *Psychopathia Sexualis*. California: Bloat Books, 1886/1999.

WAGNER, G.; BRONDOLO, E. & RABKIN, J. Internalized homophobia in a sample of HIV+ gay men, and its relationship to psychological distress, coping, and illness progression. *Journal of Homosexuality*, v. 32, n. 2, 1996. p. 91-106.

WAGNER, G.; SERAFINI, J.; RABKIN, J.; REMIEN, R. & WILLIAMS, J. Integration of One’s Religion and Homosexuality: a weapon against internalized homophobia? *Journal of Homosexuality*, v. 26, n. 4, 1994. p. 91-110.

WASELFISZ, J. *Juventude, Violência e Cidadania: os jovens de Brasília*. Brasília: Cortez, 1998.

WALDNER-HAUGRUD, L.K. e cols. Victimization and Perpetration Rates of Violence in Gay and Lesbian Relationships: gender issues explored. *Violence and Victim*, v. 12, 1997, 173-184.

WALLACE, L. Psychotherapy of male homosexual. *Psychoanalytic Review*, v. 56, 1969. p. 346-354.

WALSH, F. Partner Abuse. In: **DAVIES, D. & NEAL, C.** (eds.) *Pink Therapy - a guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 188-198.

WARDLOW, D.L. Introduction. In: **WARDLOW, D.L.** (ed.) *Gays, Lesbians, and Consumer Behavior: Theory, Practice and Research Issues in Marketing*. New York: Harrington Park Press, 1996. p. 1-8.

WARNER, J.; McKEOWN, E.; GRIFFIN, M.; JOHNSON, K.; RAMSAY, A.; CORT, C. & KING, M. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women – Results from a survey based in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, v. 185, 2004. p. 479-485.

WARTERS, B. Working With Gay Men Who Batter. *Ending Men's Violence Newsletter*, April, 1989, 1-3.

WATERMAN, C.K.; DAWSON, L.J. & BOLOGNA, M.J. Sexual Coercion in Gay Male and Lesbian Relationships: predictors and implications for support services. *Journal of Sex Research*, v. 26, 1989, 118-124.

WEEKS, J. *Coming Out: homosexual politics in Britain from the nineteenth century to the present*. London: Quartet Books, 1977.

WEINBERG, G. *Society and the Healthy Homosexual*. New York: Anchor Books, 1972.

WEINBERG, M. & WILLIAMS, C. *Male Homosexuals: their problems and adaptations*. New York: Penguin Books, 1974.

WEINBERGER, L.E. & MILHAM, J. Attitudinal homophobia and support of traditional sex roles. *Journal of Homosexuality*, v. 4, 1979. p. 237-246.

We're standing for the truth that homosexuals can change. *Los Angeles Times*, July 27, 1998. p. A11.

WEST, C.M. Leaving a Second Closet: outing partner violence in same-sex couples. In: **JASINSKI, J.L. & WILLIAMS, L.M.** (eds.) *Partner Violence: a comprehensive review of 20 years of research*. California: Sage Publications, 1999. p. 163-184.

WESTON, K. *Families We Choose: lesbians, gays, kinship*. New York: Columbia University Press, 1991.

WHITENER, R. & NIKELLY, A. Sexual deviation in college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 34, 1962. p. 427-439.

WHITLEY, B.E. The relationship of heterosexuals' attributions for the causes of homosexuality to attitudes toward lesbians and gay men. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 16, 1990. p. 369-377.

WILKE, M. Fewer Gays are Wealthy, Data Say. *Advertising Age*, v. 69, n. 42, Oct. 19, 1998. p. 58.

WILLIAMSON, I. Why are gay men a high risk group for eating disturbance? *European Eating Disorders Review*, v. 7, 1999. p. 1-4.

———. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, v. 15, n. 1, 2000. p. 97-107.

WILLIAMSON, I. & HARTLEY, P. British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, v. 6, 1998. p. 160-170.

WILLIAMSON, I. & SPENCE, K. Towards an understanding of risk factors for eating disturbance amongst gay men. *Health Education*, v. 101, n. 5, 2001. p. 217-227.

- WILSON, I.** The Emerging Gay Adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 4, n. 4, 1999. p. 551-565.
- WILT, S. & OLSON, S.** Prevalence of Domestic Violence in the United States. *Journal of American Medical Women's Association*, v. 3, 1996, 77-82.
- WOLFE, A.** The Homosexual Exception. *The New York Times Magazine*, New York, Feb. 8, 1998, sec. 6, col. 1. p. 46-47.
- WOLPE, J.** *The Practice of Behavioral Therapy*. New York: Pergamon Press, 1969.
- WOOD, F.W.** (ed.). *An American Profile: opinions and behavior 1972-1989*. Detroit: Gale Research, 1990.
- WORTHINGTON, E.L.; KURUSU, T.A.; McCULLOUGH, M.E. & SANDAGE, S.J.** Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: a 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, v. 119, 1996. p. 448-487.
- YAGER, J.; KURTZMAN, F.; LANDSVERK, J. & WIESMEIER, E.** Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students. *American Journal of Psychiatry*, v. 145, n. 4, 1988. p. 495-497.
- YANG, A.S.** *From Wrongs to Rights: public opinion on gay and lesbian Americans moves toward equality*. Washington: The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force, 1998.
- YARHOUSE, M.A.** When Clients Seek Treatment for Same-Sex Attraction: ethical issues in the "right to chose" debate. *Psychotherapy*, v. 35, 1998. p. 248-259.
- YELLAND, C. & TIGGEMANN, M.** Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, v. 4, n. 2, 2003. p. 107-116.
- ZIEGLER, P.P.** Treating Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Professionals With Addictive Disease. In: **GUSS, J.R. & DRESCHER, J.** (eds.). *Addictions in the Gay and Lesbian Community*. New York: Haworth Medical Press, 2000. p. 59-68.
- ZIERLER, S.; CUNNINGHAM, W.E.; ANDERSEN, R.; SHAPIRO, M.F.; NAKAZONO, T.; MORTON, S.; CRYSTAL, S.; STEIN, M.; TURNER, B.; ST. CLAIR, P. & BOZZETTE, S.A.** Violence Victimization After HIV Infection in a US Probability Sample of Adult Patients in Primary Care. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 2, 2000, 208-215.
- ZOLOPA, A.R.; HAHN, J.A.; GORTER, R.; MIRANDA, J.; WLODARCZYK, D.; MOSS, A. & PETERSON, J.** HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults: prevalence and risk factors in a representative sample. *JAMA*, v. 272, n. 6, 1994. p. 455-461.

Anexo 1 – Termo de Consentimento para os Participantes da Pesquisa¹⁰³

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Tese de Doutorado: “Homossexualidade Masculina”

Pesquisadora: **Adriana Nunan**, Psicóloga, Mestre em Psicologia, Doutoranda em Psicologia Clínica.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas.

Estou ciente que, ao término da pesquisa, as gravações serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que estas deverão ser respondidas a meu contento.

Rio de Janeiro, __/__/____

ASSINATURAS:

Pesquisador

Entrevistado

¹⁰³ Este Termo de Consentimento é uma versão modificada e condensada do Modelo de Consentimento Pós-Informação de Pacientes para Pesquisas Clínico-Psicológicas proposto por Turato (2003).

Anexo 2 – Roteiro de Entrevista

DADOS DO SUJEITO: Idade; Escolaridade; Profissão.

Religião

IDENTIDADE HOMOSSEXUAL

- O que é ser gay para você?
- Atribuição causal da homossexualidade
- Existe identidade gay? (características e diferenças com relação à identidade heterossexual)
- Como é que você se vê?
- Como você acha que os outros te percebem?

ASSUNÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE

- Quando se descobriu homossexual
- Como foi se assumir (ganhos e perdas / problemas)
- Fases no processo de se assumir
- Mecanismos de encobrimento

PRECONCEITO

- Preconceito contra homossexuais
- Preconceito / discriminação pessoal
- Preconceito positivo
- Preconceito entre homossexuais
- Você acha que você tem preconceito contra gays?
- O que você acha que estigmatiza os gays?

RELAÇÃO COM A FAMÍLIA DE ORIGEM

- Preconceito / Assunção da homossexualidade

RELACIONAMENTO AFETIVO

- O que espera de um relacionamento?
- Existência de companheiro / namorado (tempo, presença de compromisso formal, estado de coabitação)
- Qualidade da relação (satisfação)
- Divisão de papéis / tarefas / decisões / financeira
- Grau e motivos de discussão
- Mecanismos de resolução de conflito (investigar episódios de violência doméstica)
- Influência do preconceito no relacionamento
- Apoio família de origem / amigos / comunidade homossexual
- Filhos

SEXUALIDADE

- Monogamia (fidelidade)
- Vida sexual mais ativa
- Divisão ativo X passivo
- Comportamento sexual (AIDS)
- Barebacking (ouviu falar?, opinião, praticou?)
- Bug Chasing (ouviu falar?, opinião, praticou?)

SAÚDE (física e psicológica)

- Problemas de saúde, você tem algum?
- Faz uso de medicação / tranquilizantes / álcool / drogas / cigarro?
- Problemas de alimentação? (transtornos alimentares e de auto-imagem)
- Já fez psicoterapia? (tempo, vezes por semana, linha, como foi?)
- Depressão e ideação / tentativa de suicídio

TERAPIAS DE CONVERSÃO

- já ouviu falar / passou por isto? / opinião

PARTICIPAÇÃO DENTRO DA COMUNIDADE / MOVIMENTO HOMOSSEXUAL

EXISTE ALGO MAIS QUE VOCÊ QUEIRA ACRESCENTAR?